

ADALZIRA CORREIA FERNANDES

IMPACTO SOCIAL DA APLICAÇÃO DOS ANTIRETROVIRAIS NA
CIDADE DA PRAIA EM 2005.



LICENCIATURA EM BIOLOGIA- RAMO EDUCACIONAL
DEPARTAMENTO DE GEOCIENCIAS

ISE, SETEMBRO DE 2006

ADALZIRA CORREIA FERNANDES

**IMPACTO SOCIAL DA APLICAÇÃO DOS ANTIRETROVIRAIS NA CIDADE
DA PRAIA EM 2005**

Trabalho científico apresentado ao Instituto Superior de Educação para a obtenção do
Grau de Licenciatura em Biologia- Ramo Educacional, **sob a orientação do**
Dr. Artur Correia.

Praia, Setembro de 2006

IMPACTO SOCIAL DA APLICAÇÃO DOS ANTIRETROVIRAIS NA CIDADE DA PRAIA EM 2005.

Elaborado por Adalzira Correia Fernandes, aprovado pelos membros do júri e homologado pelo Conselho Científico, como requisito parcial à obtenção do grau de **Licenciatura em Biologia Ramo Educacional** sob a orientação do Dr. Artur Correia.

O júri:

Praia, ____ de _____ de 2006.

-DEDICATÓRIA-

É com muito amor e carinho, que dedico este trabalho aos meus pais, Maria da Luz Marques Gomes Correia e Adriano Lopes Fernandes. E ao Amor da minha vida Elcio Revelino Tavares Bento.

-AGRADECIMENTOS-

Gostaria de manifestar a minha profunda gratidão ao Instituto Superior de Educação, e muito particularmente ao Departamento de Geociências na pessoa do seu Ex.mo. Chefe, Professor, Dr Alberto da Mota Gomes, a responsável pelo Curso de licenciatura em Biologia Professora Dr^a Ana Maria Hoffer Almada e aos meus professores pela competência demonstrada ao longo das aulas e da realização do Curso.

Um apreço especial vai para Dr. Artur Correia quem para além de me orientar, forneceu documentos importantes sem a qual não seria possível a redacção e a concretização deste trabalho.

É com um misto de carinho, de orgulho e de satisfação, que agradeço a minha família, particularmente a minha mãe Maria da Luz Marques Gomes Correia pela, Dedicação e coragem que me deram durante a minha vida e sobretudo durante o meu percurso académico.

Agradeço a equipa que trabalha com os doentes de SIDA na Delegacia de Saúde da Praia pelo apoio dado no fornecimento de informações importantes para a realização deste trabalho.

O meu agradecimento estende-se ao Ministério de Saúde, a Delegacia de Saúde da Praia pelo fornecimento de documentos importantes para a realização deste trabalho.

A todos os colegas e amigos do Curso e do Instituto Superior de Educação, e a todos os que de uma forma ou de outra contribuíram para a realização deste trabalho, vai uma expressão de gratidão.

Muito Obrigado a todos!

Exmo.Sr

Chefe dos Serviços Académicos

Adalzira Correia Fernandes, aluna do Instituto Superior de Educação, tendo concluído a parte lectiva a Estagio do curso de Licenciatura em Biologia, no ano lectivo 2005/2006 vem , nos termos regulamentares e para os devidos efeitos, entregar o Trabalho de Fim de Curso, Intitulado: Impacto Social da Aplicação dos Antiretrovirais na cidade da Praia em 2005.

Nota: ver junto ao trabalho de Fim de Curso o envia o parecer do orientador

Praia, 29 de Setembro de 2006-09-29

A requerente

.....

Adalzira Correia Fernandes

ÍNDICE DE MATÉRIA

	Páginas
• Introdução	8
• Justificação	10
• Metodologia	11
 I. CAPÍTULO – Considerações gerais sobre VIH-SIDA	13
1- Enquadramento teórico.....	13
1.1- Ciclo de vida do vírus HIV.....	15
1.2- Replicação vírica.....	16
1.3- Historia.....	16
1.4- Movimentação de reavaliação da hipótese de AIDS/HIV.....	18
1.5- Síndromes clínicas.....	18
1.6- Epidemiologia.....	19
1.7- Diagnostico.....	20
1.8- Manifestação da doença.....	20
1.9- Prevenção.....	21
1.10- Tratamento.....	21
1.11- Inibidores da transcriptase reversa.....	23
1.12- Inibidores das proteases reversa.....	23
1.13- Outros tratamentos.....	24
2- Efeitos secundários.....	25
2.1- Efeitos secundários gastrointestinais.....	25
2.2- Patologia do SNC.....	26
2.3- Neuropatia periférica.....	27
2.4- Patologia Renal.....	27
2.5- Hepatotoxicidade.....	28
2.6- Alterações do hemograma.....	29
2.7- Alergias.....	29
2.7.1- Alergias aos NNRTs.....	30
2.7.2- Hipersensibilidade ao Abacavir.....	30
2.8- Pancreatite.....	31

2.9- Necrose avascular.....	32
2.10- Osteopenia/ osteoporose.....	33
2.11- Lipodistofia dislipedemia.....	33
2.12- Hiperglicemia diabetes mellitus.....	34
2.13- Aumento de episódios hemorrágicos nos hemofílicos.....	34
II. CAPÍTULO – Considerações sobre a cidade da Praia.....	35
1- Considerações gerais sobre a cidade da Praia.....	35
1.1- Qualificação humana	36
1.2- Situação sanitária	37
III. CAPÍTULO – Considerações sobre a saúde e situação de VIH-SIDA em Cabo Verde	41
1- Considerações sobre saúde em Cabo Verde.....	41
2- Situação de VIH – SIDA em Cabo Verde.....	42
2.1- Distribuição gratuita dos Antiretrovirais em Cabo Verde.....	50
IV. CAPÍTULO - Apresentação dos resultados.....	52
1- Os antiretrovirais na cidade da Praia.....	52
1.1- Doentes com tratamento antiretroviral na cidade da Praia em 2005.....	54
1.1.1- Distribuição por sexo dos doentes com tratamento antiretroviral na cidade da Praia em 2005.....	54
1.1.2- Distribuição por faixa etária dos doentes em tratamento antiretroviral na Cidade da Praia em 2005.....	54
1.1.3- Estado civil dos doentes em tratamento ARV na cidade da Praia em 2005.....	55
1.1.4 - Situação de emprego dos doentes em tratamento antiretroviral na cidade da Praia em 2005.....	55
1.1.5- Distribuição por tipo de vírus dos doentes em tratamento ARV na cidade da Praia em 2005.....	56
1.3- Numero de filhos dos doentes em tratamento ARV na cidade da Praia em 2005.....	56

1.4- Situação de emprego antes e depois de entrar em regime de tratamento ARV Praia, 2005.....	56
1.5- Relacionamento humano antes e depois de entrar em regime de tratamento antiretrovirais.....	57
1.6- Opinião dos médicos, psicólogos e enfermeiros sobre a melhoria da qualidade de vida dos doentes em tratamento.....	57
 V. CAPÍTULO – Discussão dos resultados, conclusões e recomendações.....	58
1- Discussão dos resultados.....	58
2- Conclusões	60
3- Recomendações.....	62
Bibliográficas.....	63
Anexos.....	66

ÍNDICE DE TABELAS

Nº de tabelas	Título	Pág.
Tab. 1-	Últimos dados estatísticos sobre a cidade da Praia.....	36
Tab. 1.1-	Nº de óbitos infantis na cidade da Praia em 2005.....	37
Tab. 1.2-	Principais causas de óbitos infantis na cidade da Praia em 2005.....	38
Tab. 1.3-	Principais causas de óbitos na cidade da Praia em 2005.....	38
Tab. 1.4-	Evolução das taxas de mortabilidade na cidade da Praia em 2004.....	38
Tab. 1.5-	Casos novos de HIV/SIDA por idade e sexo notificados na cidade da Praia em 2005.....	39
Tab. 2-	Evolução da epidemia de VIH/SIDA em Cabo Verde, 2004-2005.....	43
Tab. 2.1-	Evolução da epidemia de VIH/SIDA em Cabo Verde, 2004-2005.....	43
Tab. 3-	Casos novos e conhecidos de SIDA notificados por Concelho, Cabo Verde, 2005.....	44
Tab. 3.1-	Casos novos e conhecidos de SIDA notificados por Concelho e sexo, Cabo Verde, 2005.....	45
Tab. 3.2-	Casos novos e conhecidos de SIDA notificados por grupo etário, Cabo Verde, 2005.....	46
Tab. 3.3-	Casos novos e conhecidos de SIDA notificados por delegacias de saúde Cabo Verde, 2005.....	47
Tab. 4-	Casos conhecidos de VIH/SIDA notificados por Concelho e sexo, Cabo Verde, 2005.....	48
Tab. 4.1-	Casos notificados de VIH/SIDA por sexo e grupo etário, Cabo Verde, 2005.....	49
Tab. 5-	Casos novos de SIDA notificados por sexo e grupo etário, Cabo Verde, 2005.....	50
Tab. 6-	Testes de VIH realizados no ano 2004/2005 em Cabo Verde.....	51
Tab. 6.1-	Total de testes de VIH realizados por estruturas de saúde na cidade da Praia em 2005.....	52
Tab.7-	casos notificados de VIH positivos por tipo de vírus na cidade da Praia em 2005.....	53
Tab. 8-	Casos novos notificados de VIH na cidade da Praia em 2005, por idade e sexo.....	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Nº de gráficos	Título	Pág.
Gráf.1-	Distribuição por sexo dos doentes em tratamento antiretroviral na cidade Da Praia em 2005.....	54
Graf. 2-	Distribuição dos doentes em tratamento ARV por faixa etária, na cidade da Praia Em 2005.....	54
Gráf. 3-	Estado civil dos doentes em tratamento ARV, na cidade da Praia Em 2005.....	55
Gráf. 4-	Situação de emprego dos doentes em tratamento ARV, na cidade da Praia Em 2005.....	55
Gráf. 5-	Distribuição por tipo de vírus dos doentes em tratamento ARV, na cidade da Praia Em 2005.....	56

Introdução

Cabo verde é um país que vem enfrentando inúmeras dificuldades, especificamente na área de saúde. Muitas vezes não tem condições para responder as demandas da população, o que justifica a evacuação de pessoas para o estrangeiro à procura de melhores cuidados médicos.

Contudo nos últimos tempos deu um grande avanço neste domínio, pois o país já tem disponível para seus seropositivos os antiretrovirais, e está em vantagem em relação a vários outros países africanos que enfrentam o mesmo problema.

A SIDA é um dos mais graves problemas de saúde pública com que a humanidade se depara actualmente. Pensa-se que as primeiras infecções por HIV ocorreram em Africa, o vírus terá então se espalhado e hoje a SIDA é considerado uma pandemia mundial. A síndrome da imunodeficiência adquirida é causada pelo vírus HIV que ataca o sistema imunitário provocando uma desorganização na coordenação do sistema de defesa do organismo ficando vulnerável as doenças oportunistas causadas por agentes como vírus, bactérias e parasitas.

Antes de 1994 os doentes de SIDA limitavam-se a tratar as doenças oportunistas pois não havia qualquer possibilidade de controlar o vírus. Contudo a partir desta data foi instituído pela primeira vez os antiretrovirais, medicamentos que podem inibir a acção dos vírus pois interferem com funções da sua própria biologia, que são suficientemente diferentes de funções das células humanas.

Cabo Verde um país que vem lutando contra VIH/SIDA introduziu em Dezembro de 2004 o tratamento antiretroviral para os seropositivos e doentes de SIDA, graças ao apoio do Banco Mundial, da OMS, da UNICEF, da PNUD e da cooperação com outros países nomeadamente Brasil, França etc.

Com a aplicação dos anti-retrovirais, medicamentos que não põem um fim ao sofrimento dos doentes mas que os ajudam a enfrentá-lo com maior força, torna-se necessário estudar as suas implicações, sobretudo no âmbito social.

É neste âmbito que o presente trabalho de monografia foi elaborado com o objectivo geral de determinar o impacto social da aplicação dos antiretrovirais na cidade da Praia em 2005. Além disso, o estudo propõe, também, conhecer o historial dos antiretrovirais; investigar como os antiretrovirais chegaram em Cabo Verde; conhecer a distribuição dos doentes em

tratamento ARV segundo o sexo e grupo etário; identificar a situação de emprego dos doentes antes e depois de entrarem em regime de tratamento ARV; conhecer a distribuição dos doentes em tratamento ARV segundo a situação de emprego; identificar o estado civil dos doentes submetidos ao ARV; conhecer o número de filhos por doente; determinar a opinião dos médicos, psicólogos, enfermeiros quanto a melhoria da qualidade de vida dos doentes em tratamento.

Alem da introdução onde se fez o enquadramento do trabalho, os objectivos preconizados, a justificação da escolha do tema seguida da metodologia utilizada, o presente trabalho está estruturado em cinco capítulos.

Primeiro capítulo – Enquadramento teórico da doença SIDA e dos antiretrovirais.

Segundo capítulo – Caracterização da cidade da Praia

Terceiro capítulo – considerações sobre saúde e sistema de VIH – SIDA em Cabo Verde.

Quarto capítulo- Apresentação dos resultados.

Quinto capítulo- Discussão dos resultados e conclusões.

Justificação

A SIDA é um problema mundial. A humanidade vem lutando contra este flagelo a longa data e só em 1994 conseguiu instituir medicamentos que podem inibir a acção do vírus HIV. Os antiretrovirais são medicamentos de larga importância para os seropositivos e doentes de SIDA. Apesar de não combater o vírus esses fármacos podem dificultar a sua acção e com isso aumentar a esperança de vida dos doentes.

Foram introduzidos em Dezembro de 2004 em Cabo Verde, e têm sido uma alternativa de vida para muitos seropositivos, pois tomando os antiretrovirais geralmente consegue-se levar uma vida normal, trabalhando e desempenhando diversas actividades que dantes seria impossível.

Na Cidade da Praia praticamente vivem pessoas de todas as ilhas, que por um motivo ou outro procuraram este espaço para residirem. A eles se juntaram pessoas pertencentes a outros países aumentando assim, significativamente, a aglomeração populacional na capital e por isso há que se aumentar as medidas no que se refere a prevenção do VIH/SIDA, na medida em que quanto maior a população maior o risco de alastramento.

Muitos seropositivos deste país podem ver sua vida mudar com a aplicação dos antiretrovirais em Cabo Verde permitindo-lhes reintegração no meio social e desempenho de diversas actividades.

Por ser um tema actual e pertinente achamos por bem que fosse o escolhido para a nossa dissertação de monografia.

Metodologia

Relativamente a metodologia utilizada, para a elaboração deste trabalho foi feito um plano de estudo que foi apresentado ao ISE, onde foram definidos os seguintes objectivos, geral e específicos.

Objectivo geral: Determinar o impacto social da aplicação dos antiretrovirais na cidade da Praia em 2005.

Objectivos específicos: Conhecer o historial dos antiretrovirais; Investigar como os antiretrovirais chegaram em Cabo Verde; Conhecer a distribuição dos doentes em tratamento ARV segundo o sexo e grupo etário; Identificar a situação de emprego dos doentes antes e depois de entrarem em regime de tratamento ARV; Conhecer a distribuição dos doentes em tratamento ARV segundo a situação de emprego; Identificar o estado civil dos doentes submetidos ao tratamento ARV; Conhecer o número de filhos por doente; Determinar a opinião dos médicos, psicólogos e enfermeiros quanto a melhoria da qualidade de vida dos doentes em tratamento.

Começou-se por uma pesquisa bibliográfica em diversas bibliotecas além de pesquisas na Internet afim de se inteirar sobre a situação de VIH/SIDA no mundo, isto é conhecer o historial do HIV/SIDA e dos antiretrovirais; como funcionam no organismo; quais são os efeitos secundários e como contribuem no controle do vírus.

Em seguida fez-se uma recolha de informações na Câmara Municipal da Praia, na PRO-PRAIA , no Instituto Nacional de Estatística com o objectivo de fazer uma consideração geral sobre a cidade da Praia. E nas instituições como o Ministério de saúde, Delegacia de saúde da Praia, Hospital Agostinho Neto, Direcção geral de ambiente e CCS SIDA.

Feito isso foi elaborado uma ficha como suporte de informação para a recolha de dados que foi enviada ao pólo técnico que controla os doentes em tratamento ARV na Praia, e com ajuda dos médicos psicólogos fez – se uma recolha de informações junto dos doentes de SIDA que estão em regime de tratamento ARV na Praia.

Com todas as informações recolhidas foi possível a elaboração deste trabalho monográfico que vai ser apresentado ao Instituto Superior de Educação para a obtenção do grau de Licenciatura em Biologia sob a orientação do Dr. Artur Correia.

I-CAPÍTULO

Considerações gerais sobre VIH-SIDA

1. Enquadramento teórico

A síndrome da imunodeficiência adquirida, conhecida por todos os países de língua oficial portuguesa pelo acrónimo SIDA, a excepção do Brasil onde se usa a sigla em inglês AIDS, é uma doença viral, causada pelo vírus HIV, da família dos retrovirus, que afecta o sistema imunitário. O alvo principal são os linfócitos T4, fundamentais para a coordenação das defesas do organismo.

O vocábulo SIDA significa Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (em inglês AIDS de Adquired Immunodeficiency Syndrome). SIDA é uma patologia, descrita pela 1ª vez no ano de 1981, nos EUA, em indivíduos jovens homossexuais, que adoeceram com infecções oportunistas e tumores, associados a uma intensa deficiência imunitária celular, acabando por falecer com um quadro laboratorial de deficiência imunitária muito grave, e com reduzido numero de linfocitos no sangue.

Em 1983 foi descoberto no Instituto Pasteur de Paris, pelo francês Luc Montaigner, que esta insuficiência imunitária era provocada por retrovirus, que foi primeiramente designado de LAV e depois por HIV-Human Immunodeficiency Vírus.

Dois anos mais tarde Luc Montaigner descobriu um segundo vírus da SIDA, VIH-2, no sangue de um doente da Guine Bissau. A análise molecular revelou que este vírus estava geneticamente e fisiologicamente relacionada com VIS isolado de macacos, e são constituídos por um grupo de vírus que se encontram divididos em seis grupos diferentes, geneticamente denominados de subtipos. O vírus HIV-2 é menos patogénico que o VIH-1 e requer um tratamento diferente

A SIDA foi inicialmente considerada uma doença de homossexuais e só depois foi classificada como retro virose, transmissíveis pelas relações sexuais desprotegidas, de mãe para o filho durante o aleitamento, ao longo da gravidez, durante o parto, pela introdução parentérica do VIH etc.

Em curto espaço de tempo a SIDA tornou-se uma pandemia mundial, e pensa-se que terá surgido de lentivirus, (vírus que provocam doenças de lenta progressão) a partir de Símios de espécies e habitats diferentes no continente africano. Portanto o vírus da imunodeficiência

adquirida (HIV), agente responsável pela síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), pertence a família de Retroviridae, Subfamília Lentivirinae, género Lentivirus.

Sendo o VIS, o Lentivirus mais próximo de VIH tornou-se o melhor modelo animal para o estudo da patogénese da infecção por VIH no homem. A descoberta e a avaliação de novas estirpes de VIS torna-se muito importante para compreender as origens de VIH-1 e VIH-2 e avaliar o potencial de novos Lentivirus serem capazes de infectar a população humana.

Em 1985 descobriu-se testes laboratoriais que permitem o diagnóstico da infecção viral, e a partir destes diagnósticos pode-se detectar se a pessoa tem ou não anticorpos contra o vírus no sangue, e no caso de o resultado ser positivo diz-se que a pessoa examinada é seropositivo, ou seja tem o vírus da SIDA.

O HIV é um retrovirus, ou seja é um vírus com genoma de RNA, que infecta as células e, através da sua enzima transcriptase reversa, produz uma cópia do seu genoma em DNA e incorpora o seu próprio genoma no genoma humano, localizado no núcleo da célula infectada.

O HIV reconhece a proteína de membrana CD4, presente nos linfócitos T4 (o seu alvo principal) e macrófagos, e pode ter receptores para outros dois tipos de moléculas presentes na membrana celular de células humanas: o CCR5 e o CXCR4. O CCR5 está presente nos macrófagos e o CXCR4 existe em ambos macrófagos e linfócitos T4, mas em pouca quantidade nos macrófagos. O HIV acopla a essas células por esses receptores (que são usados pelas células para reconhecer algumas citocinas, mais precisamente quimiocinas), e entra nelas fundindo a sua membrana com a da célula.

Cada virion de HIV só tem um dos receptores, ou para o CCR5, o virion M-trópico, ou para o CXCR4, o virion T-trópico. Uma forma pode-se converter na outra através de mutações no DNA do vírus já que ambos os receptores são similares.

A infecção por HIV normalmente é por secreções genitais ou sanguínea. Os macrófagos são muito mais frequentes que os linfócitos T4 nesses líquidos, e sobrevivem melhor, os virions M-trópicos são normalmente aqueles que transmitem as infecções. No entanto como os M-trópicos não invadem os linfócitos, eles não causam a diminuição dos seus números, que define a SIDA. Porém os M-trópicos multiplicam-se e rapidamente surgem virions mutantes que são T-trópicos.

Os virions T-trópicos são pouco infecciosos, mas como são invasores dos linfócitos, são os que ultimamente causam a imunodeficiência. Os indivíduos que não expressam CCR5 por defeito genético não adquirem o vírus de HIV mesmo se repetidamente em risco.

O HIV causa danos nos linfócitos provocando a sua lise, ou morte celular, devido à enorme quantidade de novos virions produzidos no seu interior, usando a sua maquinaria de síntese de proteínas e de DNA. Outros linfócitos produzem proteínas do vírus que expressam nas suas membranas e são destruídos pelo próprio sistema imunitário. Nos linfócitos em que o vírus não se replica mas antes se integra no genoma nuclear, a sua função é afectada, enquanto nos macrófagos produz infecção latente na maioria dos casos. Julga-se que os macrófagos são um reservatório do vírus nos doentes, sendo outro reservatório os gânglios linfáticos, para os quais os linfócitos infectados migram, e onde disseminam os virions por outros linfócitos aí presentes.

A resposta imunitária ao HIV nas primeiras semanas de infecção é eficaz em destruí-lo, mas as concentrações de linfócitos nos gânglios linfáticos devido à resposta vigorosa levam a que os virions sobreviventes infectem gradualmente mais e mais linfócitos, até que a resposta imunitária seja revertida. A reacção eficaz é feita pelos linfócitos T8, que destroem todas as células infectadas. Contudo, os T8, como todo o sistema imunitário, está sob controlo de citocinas (proteínas mediadoras) produzidas, pelos T4, que são infectados. Eles diminuem em número com a progressão da doença, e a resposta inicialmente eficaz dos T8 vai sendo enfraquecida. Além disso as constantes mutações do DNA do HIV mudam a conformação das proteínas de superfície, dificultando continuamente o seu reconhecimento

1.1. Ciclo de vida do vírus HIV

O vírus de HIV não consegue viver sozinho portanto penetra dentro da célula viva e infecta-a, atacando preferencialmente linfócitos T4, glóbulos brancos, paralisando o sistema imunitário que tem a função de defender o organismo contra bactérias, parasitas, vírus etc.

O genoma do VIH, o RNA (ácido ribonucleicos) uma única cadeia de código genético é inserido dentro da célula composta por DNA, e o vírus converte o seu RNA em DNA para poder utilizar a maquinaria da célula humana na criação de novos vírus.

O vírus tem um núcleo central que consiste num revestimento de proteínas que encerra o ARN e as enzimas necessárias à replicação vírica. O centro é rodeado por uma membrana

externa a partir da qual projecta os espigões de muitas proteínas (proteínas de envelope). As proteínas de envelope do vírus ligam-se á célula hospedeira, desencadeando a fusão das membranas celular e viricas. Ao entrar na célula hospedeira, as enzimas viricas e o RNA são libertadas para o citoplasma deixando a membrana vírica e as proteínas de envelope para trás, na superfície exterior da célula. Dentro da célula a proteína central é dissolvida pelas enzimas da célula hospedeira, depois de entrar no núcleo da célula hospedeira através de poros na membrana nuclear, a dupla cadeia de DNA vírico integra-se no DNA humano. Isto pode, então, dirigir-se a síntese do mensageiro viral RNA, que abandona o núcleo e entra no citoplasma, com instruções para produzir proteínas viricas. O DNA vírico fica integrado com o DNA humano transformando a célula hospedeira numa «fabrica» de novos vírus.

1.2. Replicação vírica

O RNAm derivado do DNA virico usa os mecanismos celulares da célula hospedeira para produzir proteínas de vírus (proteínas centrais, proteínas de envelope, enzimas e proteína reguladoras essenciais para a replicação do VIH). As proteínas centrais são produzidas sob a forma de uma molécula multi-proteína que mais tarde, exige a realização de um corte no processo de maturação. Estas são transportadas para a membrana da célula com RNA vírico de forma a juntarem-se para formação da partícula vírica. Os componentes víricos juntam-se na membrana da célula e esta começa a fabricar minibolas que, eventualmente, saem da célula levando consigo todas as proteínas víricas e o RNA necessário para formar partículas de vírus (os viriões). Os novos viriões ainda são imaturos quando entram na corrente sanguínea. Nesta fase, são incapazes de infectar outras células, tendo de passar por um processo de amadurecimento para se tornarem infecciosos. Depois do novo vírus deixar a célula, uma outra enzima vírica, a protease, corta a molécula que contem as proteínas centrais VIH. As proteínas individuais libertadas são remontadas para formar um vírus estruturado e maduro. Este vírus pode agora infectar outras células.

1.3. História

Calcula-se que as primeiras infecções ocorreram em África na década de 1930. Julga-se que terá sido inicialmente contraído por caçadores africanos de símios que provavelmente se feriram e ao carregar o animal, sujaram a ferida com sangue infectado deste. O vírus terá

então se espalhado nas regiões rurais lentamente, tendo migrado para as cidades com o início da grande onda de urbanização em África nos anos 1960.

Os primeiros registos de uma morte por SIDA remontam a 1976, quando uma médica dinamarquesa contraiu a doença no Zaire (hoje República Democrática do Congo). No entanto só começaram a aparecer em 1980 vários casos inexplicáveis de doenças oportunistas em homossexuais nos Estados Unidos, nas cidades de San Francisco, Los Angeles e Nova Iorque. A alta incidência dessas doenças chamou a atenção do centro de controlo de doenças dos Estados Unidos em 1971, quando publicaram o primeiro artigo que referenciava uma possível nova doença infecciosa, inicialmente vista como uma doença que afectava apenas os homossexuais. Devido à imunossupressão profunda que causava, comparável a alguns raros casos de imunossupressão de origem genética (e.g. Síndrome de DiGeorge), foi denominada de Síndrome de imunodeficiência adquirida, em contraste com aqueles casos hereditários. Inicialmente foi largamente ignorada pela sociedade americana, até que, com as proporções da epidemia sempre crescentes, apareceram os primeiros casos de transmissão mãe-filho, infecção nos toxicodependentes e em transfusão de sangue em 1982.

O agente causador da doença acabaria por ser descoberto pelo Instituto Pasteur de Paris em 1983 por Luc Montagnier. No Brasil os primeiros casos apareceram em 1982 num grupo de homossexuais de São Paulo que contraíram a doença por terem viajado para zonas com alta incidência nos Estados Unidos. Os primeiros casos reconhecidos de SIDA em Portugal apareceram em 1983. No entanto há hoje indicações que os primeiros casos poderão ter sido contraídos já durante a guerra colonial na Guiné-Bissau, nos anos 1960 e 1970, e foram então ignorados.

A SIDA, um dos mais graves problemas de saúde pública com que a humanidade se depara actualmente, é provocada pelo vírus HIV, do qual existem algumas variedades. Não existe uma cura para a doença, mas tem vindo a ser desenvolvida uma intensa pesquisa e há medicamentos que permitem aumentar significativamente o tempo de sobrevivência dos doentes, nomeadamente a terapia intensiva de associação de anti-retrovirais. Infelizmente estes medicamentos têm custos muito elevados, estando apenas à disposição dos habitantes de países desenvolvidos, o que torna a doença um flagelo nomeadamente em África.

1.4. Movimento de reavaliação da hipótese AIDS/HIV

Em 1984, Peter Duesberg publicou seu primeiro trabalho contestando a hipótese da patogenicidade dos retrovirus. Existe um movimento alternativo de vários cientistas e ativistas contestando a hipótese principal.

As hipóteses de Duesberg conseguiram a simpatia de muitos cientistas famosos, entre eles Kary Mullis, prémio Nobel, e até um leve e insinuoso aval de Luc Montagnier que afirmou que "O HIV não causa a destruição das células vista em pacientes com AIDS". Paradoxalmente Duesberg foi um dos pais da Retrovirologia, fazendo importantes descobertas a cerca do código genético dos retrovírus, e Kary Mullis foi o descobridor do PCR, um método que quantifica material genético e é usado para medir o vírus HIV no sangue de um infectado.

Estes estudos gozaram de relativa atenção da mídia até meados dos anos 90, pois afirmavam que drogas, poluição, fome, miséria e atitudes auto-destrutivas eram as causas da AIDS e não o HIV. Num período em que se conhecia pouco de vírus, e não havia tratamento eficaz para a doença. Entretanto caíram em desgraça quando David Ho, desenvolveu medicamentos potentes que destruíam até 99% dos vírus, levando os pacientes a uma vida quase normal. Então a partir dessas descobertas que enterraram o mito de que o HIV ficava incubado, e que existia em pequenas quantidades, ficou constatado que ele ataca o sistema imunológico da data de entrada nos linfócitos até o óbito do paciente.

1.5- Síndrome clínicos

As doenças oportunistas são doenças causadas por agentes, como, vírus, bactérias e parasitas, que são comuns mas normalmente não causam doença ou causam apenas doenças moderadas, devido à resposta imunitária eficiente. No doente com SIDA, manifestam-se como doenças potencialmente mortais: Infecções por bactérias: Mycobacterium avium-intracelulare, outras micobactérias que normalmente não causam doenças, Mycobacterium tuberculosis, Salmonella, *outras*.

1. Infecções por fungos: candidíase dos pulmões ou esófago (por Candida albicans, uma levedura); pneumonia por Pneumocystis carinii; Criptococose, Histoplasmose, Coccidiomicose.

2. Infecções por parasitas: Toxoplasmose, Criptosporidiose, Isosporidiose.
3. Neoplasias: câncros como linfoma e linfoma de Hdgkins, causado pelo vírus Epstein-Barr, sarcoma de Kaposi

Outras condições incluem encefalopatia causada por HIV que leva à demência e é uma acção directa do vírus nos micróglis (células cerebrais semelhantes a macrófagos) que infecta. Um achado característico é a leucoplaquia pilosa (placa branca pilosa na boca) devido ao vírus Epstein-Barr.

1.6. Epidemiologia

Calcula-se que mais de 15000 pessoas sejam infectadas por dia em todo o Mundo (dados de 1999); 45 milhões estão actualmente infectadas, e 3 milhões morrem a cada ano. A esmagadora maioria dos casos ocorrem na África, onde a principal forma de transmissão é o sexo heterossexual, e o uso de prostitutas. Regiões em risco com alto crescimento de novas infecções são a Europa de Leste, a Índia e o Sudoeste Asiático. No Brasil vivem mais que 650.000 (320 000-1 100 000) pessoas de idade entre 15 a 49 anos com o HIV (estimativa da WHO - UNAIDS). As taxas de infecção de consumidores de heroína rondam os 80% em muitas cidades europeias e americanas.

As populações de risco são homossexuais ou heterossexuais sexualmente activas com múltiplos parceiros; os toxicodependentes que usam agulhas, prostitutas, filhos recém-nascidos de seropositivas. Outro grupo de risco são os profissionais da saúde. Médicos, enfermeiros e outros que lidam frequentemente com seropositivos (conhecidos ou não). Uma pequena ferida quase indetectável na mão do médico quando examina um paciente ferido e com sangue, ou um acidente com agulhas, pode ser o suficiente, em 1% dos casos, para o infectar. As transfusões de sangue e derivados de sangue já não são perigosas devido a rigorosos regimes de controlo e detecção de vírus.

A transmissão é por sémen, sangue e secreções vaginais. O HIV não pode ser transmitido, absolutamente, por toque casual, beijos, espirros, tosse, picadas de insectos, água de piscinas, ou objectos trocados por seropositivos.

O sexo anal é a prática sexual de mais alta taxa de transmissão, seja entre dois homens ou entre uma mulher e um homem. O sexo vaginal permite transmissão mais fácil para a mulher

do que para o homem, mas ambos podem ser infectados pelo outro. O sexo vaginal violento resulta em taxas de infecção muito altas, devido às micro-hemorragias genitais. Hoje em dia a troca de seringas infectadas é uma das formas de transmissão mais frequentes.

1.7. Diagnóstico

O diagnóstico de seropositividade é naturalmente por serologia, ou seja detecção dos anticorpos produzidos contra o vírus com um teste ELISA. Eles são sempre os primeiros a serem efectuados, contudo dão resultados positivos falsos, por vezes. Por isso é efectuado nos casos positivos um teste, muito mais específico e caro, de southern blot, para confirmar antes de se informar o paciente. Eles não detectam a presença do vírus nos indivíduos recentemente infectados. A detecção do DNA viral pela técnica de PCR também é utilizada, assim como a contagem de linfócitos T4.

Qualquer indivíduo que tenha uma infecção o um organismo incapaz de ultrapassar o sistema imunitário de pessoas normais deve ser suspeito de ter síndrome de imunodeficiência adquirida.

1.8. Manifestação da doença

A manifestação da doença por HIV é semelhante a uma gripe ou mononucleose infecciosa e ocorre 2 a 4 semanas após a infecção. Pode haver febre, mal-estar, linfadenopatia (gânglios linfáticos inchados), eritemas (vermelhidão cutânea), e/ou meningite viral. Estes sintomas são largamente ignorados, ou tratados enquanto gripe, e acabam por desaparecer, sem tratamento, após algumas semanas. Nesta fase há altas concentrações de vírus, e o portador é altamente infeccioso, transmitindo o vírus aos seus contactos sexuais.

A segunda fase é a da quase ausência do vírus, que se encontra apenas nos reservatórios dos gânglios linfáticos, infectando gradualmente mais e mais T4s; e nos macrófagos. Nesta fase, que dura vários anos, o portador é seropositivo, mas não desenvolveu ainda SIDA/AIDS. Não há sintomas, e o portador pode transmitir o vírus a outros sem saber. Os níveis de T4s diminuem lentamente e ao mesmo tempo diminui a resposta imunitária contra o vírus HIV, aumentando lentamente os seus números, devido à perda da coordenação dos T4 sobre os eficazes T8 e linfócitos B (linfócitos produtores de anticorpo).

A terceira fase, a da SIDA, inicia-se quando o número de linfócitos T4 desce abaixo do nível crítico (200/ml), o que não é suficiente para haver resposta imunitária eficaz a invasores. Começam a surgir cansaço, tosse, perda de peso, diarreia, inflamação dos gânglios linfáticos e suores nocturnos, devidos às doenças oportunistas, como a pneumonia por *Pneumocystis carinii*, os linfomas, infecção dos olhos por citomegalovírus, demência e o sarcoma de Kaposi. Ao fim de alguns meses ou anos advém inevitavelmente a morte.

Excepções a este esquema são raras. Os muito raros “long term non-progressors” são aqueles indivíduos que permanecem com contagens de T4 superiores a 600/ml durante longos períodos. Estes indivíduos talvez tenham uma reacção imunitária mais forte e menos susceptível à erosão contínua produzida pelo vírus, mas detalhes ainda são desconhecidos.

1.9. Prevenção

O mais importante para prevenir esta doença é fazer campanhas de informação e sensibilização, sobretudo junto aos jovens. Por exemplo, deve-se comunicar que a prevenção é feita utilizando preservativos nas relações sexuais. A troca de agulhas para toxicod dependentes também é importante, já que as agulhas usadas contaminadas são uma origem frequente da contaminação.

O uso de preservativo diminui em muito a taxa de transmissão, mas não é 100% seguro. Eles rompem-se facilmente, e é teoricamente possível, apesar de extremamente improvável, virions passarem nos poros do preservativo. Apesar do uso de preservativo diminuir radicalmente o risco de infecção, só a abstinência de relações é totalmente segura.

A campanha anti-AIDS do Brasil é mundialmente reconhecida como uma das mais bem sucedidas. O Brasil tem taxas de infecção muito inferiores às de outros países desenvolvidos, e aparentemente os números estão relativamente estáveis.

1.10. Tratamento

Fármacos usados no tratamento da infecção por HIV interferem com funções da biologia do vírus que são suficientemente diferentes de funções de células humanas:

1. Existem inibidores da enzima transcriptase reversa que o vírus usa para se reproduzir e que não existem nas células humanas:
 - AZT, ddC, ddI, d4T, ABC (todos análogos de nucleótidos)

- nevirapina, delavirdina, efavirenz (inibidores directos da proteína), outros.
- Inibidores da protease que cliva as proteínas do vírus após transcrição: saquinavir, nelfinavir, amprenavir, ritonavir, outros.

Hoje em dia o uso de medicamentos é em combinações de um de cada dos três grupos. Estes cocktails de anti-víricos permitem quase categorizar, para quem tem acesso a eles, a SIDA em doença crónica. Os portadores de HIV que tomam os medicamentos sofrem de efeitos adversos extremamente incomodativos, diminuição drástica da qualidade de vida, e diminuição significativa da esperança de vida. Contudo é possível que não morram directamente da doença, já que os fármacos são razoavelmente eficazes em controlar o número de virions. Contudo houve recentemente notícias de um caso em Nova Iorque cujo vírus já era resistente à todos os medicamentos.

Os medicamentos actuais tentam diminuir a carga de vírus, atrasando a baixa do número de linfócitos T4, o que aumenta a longevidade do paciente e a sua qualidade de vida. Quanto mais cedo o paciente começar a ser tratado com medicamentos maior a duração da sua vida, porque com níveis baixos de linfócitos T4 já pouco há a fazer.

A terapêutica antiretroviral é um tratamento com fármacos que atacam o próprio VIH. Estes fármacos interferem com os caminhos que o vírus toma para se reproduzir dentro da célula humana. Se bem que os medicamentos anti-VIH não conseguem destruir completamente o vírus, mas podem reduzir a hipótese de que as células infectadas produzam novas partículas virais que podem assim re-infectar novas células.

Os medicamentos antiretrovirais usados correntemente pertencem a duas categorias:

- Inibidores da transcriptase reversa
- Inibidores das proteases.

Os medicamentos antiretrovirais são mais eficazes quando tomados numa combinação de três ou mais ao mesmo tempo. Chama-se a esta combinação terapêutica HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy), (Terapêutica Antiretroviral Altamente Activa). Não é claro porque é que a combinação de três fármacos é mais activa.

Também não é claro qual é a melhor altura para começar a tomar terapêutica antiretroviral, contudo as orientações da British HIV Association's recomendam começar o tratamento se

estiver doente por causa do VIH ou se a contagem do CD4 for inferior a 200. Se estiver assintomático e tiver um valor mais elevado de CD4 (200-350), a decisão de iniciar o tratamento é orientada pela rapidez com que os CD4 baixam e a carga viral aumenta.

As combinações de HAART em geral incluem dois medicamentos de uma classe de fármacos anti-VIH chamados análogos nucleosídeos e um outro medicamento de outra classe ou inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa (NNRTI's) ou inibidores das proteases (IP's). Algumas pessoas tomam quatro e mais medicamentos particularmente se estiverem muito doentes, tiverem uma elevada carga viral, se tiverem tomado outras combinações antes e se estiverem infectados com vírus resistente a alguns medicamentos antiretrovirais.

1.11. Inibidores da transcriptase reversa

Uma vez que o VIH tenha penetrado e invadido a célula humana ele usa uma substância chamada transcriptase reversa para converter o seu código genético na mesma forma que o código genético das células humanas (ADN). Este ADN viral reproduz-se então com o ADN humano convertendo a célula numa unidade de construção de vírus. Há três classes de antiretrovirais que têm por alvo a transcriptase reversa. Os análogos nucleosídeos, que incluem o AZT (*zidovudina, Retrovir*), ddI (*didanosina, Videx*), 3TC (*lamivudina, Epivir*), d4T (*estavudina, Zerit*), abacavir (*Ziagen*) e ddc (*zalcitabina, Hivid*). O AZT e o 3TC são também usados num comprimido único chamado *Combivir* e o AZT, o 3TC e o abacavir numa simples dose de um comprimido combinado chamado *Trizivir*. Os análogos não nucleosídeos Efavirenze (*Sustiva*) e nevirapina (*Viramune*). A Delavirdina (*Rescriptor*) está também disponível para certos doentes. A terceira classe de fármacos que ataca a transcriptase reversa são os análogos nucleotídeos. O Tenofovir (*Viread*) é o único fármaco desta classe usado para prescrição e pode ser usado em primeira linha de tratamento ou como segunda ou mais opções terapêuticas

1.12. Inibidores das proteases

A Protease é uma enzima diferente do VIH. Depois do VIH ter com sucesso unido o seu ADN ao ADN da célula humana a célula produz um cordão de proteínas. A protease corta esta proteína em pequenas moléculas de proteínas que podem ser usadas para construir novas

partículas. Bloqueando a protease, os inibidores podem ajudar a impedir que uma célula infectada produza novas partículas virais infectantes.

Os inibidores actualmente disponíveis são o indinavir (*Crixivan*), o ritonavir (*Norvir*), o nelfinavir (*Viracept*), o saquinavir (que está disponível em duas formulações, *Invirase* e *Fortovase*), o lopinavir/ ritonavir (*Kaletra*). O Amprenavir (*Agenerase*) é um inibidor das proteases que só deve ser prescrito para pessoas após uma segunda ou terceira opção. O Atazanavir e o tipranavir são inibidores das proteases ainda numa fase experimental de utilização em ensaios clínicos.

Os antiretrovirais devem ser tomados regularmente, na altura certa e na dose certa, seguindo as restrições com os alimentos e deve-se ter um suporte que possibilite a medicação durante bastante tempo. Cumprindo com o regime terapêutico desta maneira é particularmente importante só começar o tratamento antiretroviral se estiver firmemente convicto que lhe dará continuidade e que se terão condições para o fazer durante muito tempo.

1.13. Outros tratamentos

Outros fármacos pertencentes às classes descritas estão ainda em fase de ensaios clínicos para testar a sua eficácia e segurança, tal como fármacos de outras classes tais como os inibidores de fusão T-20 e a terapêutica imune com Interleukin-2. O medicamento usado para o cancro hidroxiureia é ocasionalmente usado dado que potencia os níveis sanguíneos de alguns fármacos antiretrovirais.

Vantagens do ART:

- Redução da transmissão.
- Diminuição da infectividade
- Diminuição da enfermidades oportunistas
- Aumento da esperança de vida.

Depois de estudos profundos concluiu-se que o VIH num individuo infectado existe no sangue e em todas as secreções biológicas, particularmente no esperma, secreções vaginais femininas e leite materno, e que SIDA é uma doença grave a nível mundial, que apesar de não

ter cura pode ser controlada. Pois em 1994 foi instituído o primeiro anti-retroviral, que é um medicamento importante no controlo da doença.

2. Efeitos secundários

Como todos os medicamentos os antiretrovirais podem causar efeitos secundários. Fármacos diferentes produzem efeitos secundários diferentes.

Os efeitos secundários da HAART são um problema frequente na terapia HIV. O tratamento da infecção pelo HIV tornou-se num complicado equilíbrio entre os benefícios de uma supressão viral durável e o risco de toxicidade dos fármacos. Mas de metade dos doentes tem que alterar as suas terapias nos primeiros meses de HAART por causa dos seus efeitos secundários. Cerca de 20% dos doentes recusam a começar HAART devido a aspectos relacionados com efeitos secundários.

Os doentes devem ser informados em pormenor dos possíveis efeitos secundários, dado que, assim poderão estar em condições de reconhecer os mesmos, e em certas circunstâncias consultar o médico atempadamente como é o caso de hipersensibilidade ao abacavir e nas lesões irreversíveis tais como nas polineuropatias que podem ser prevenidas se diagnosticadas precocemente. Por outro lado se estiverem preparadas para a ocorrência de tais problemas e providenciando soluções melhor será a aceitação do medicamento e a aderência. Contudo, os doentes não podem ser assustados com essas informações pois são muitas vezes bastantes funestas.

Pode ser difícil distinguir entre sintomas relacionadas com a infecção provocada pelo HIV e os causados pela terapia antiretroviral.

Deve-se notar que a maioria dos doentes são capazes de tolerar bem a HAART, mesmo por muitos anos, contudo a monitorização do tratamento pelo médico em doentes assintomáticos, é recomendada pelo menos de três em três meses. As avaliações periódicas devem incluir a história, o exame objectivo, a avaliação dos sinais vitais e o peso.

2.1. Efeitos secundários gastrointestinais

Os efeitos secundários gastrointestinais são mais frequentes de todos os fármacos antiretrovirais – análogos nucleosídeos, NNRTI'S e em especial os inibidores das proteases. Geralmente há um desequilíbrio no abdominal, perda de apetite, diarreia, náuseas e vômitos, meteorismo e obstipação.

As náuseas são comuns nos doentes que utilizam fármacos que contêm zidovudina. Diarreia nos que utilizam fármacos com a zidovudina, a didanosina e todos os IP's, em especial com o Nelfinavir, assim como com saquinavir e o lopinavir.

Em muitos casos os sintomas surgem logo no início do tratamento, mas geralmente desaparecem após quatro a seis semanas depois. E se estes sintomas ocorrerem pela primeira vez após um longo período de tratamento, deve-se pensar noutras causas possíveis:

Se o medicamento foi tomado com o estômago vazio, neste caso uma pequena quantidade de bolacha de água e sal, chás, doces de gengibre, hortelã, pimenta ou camomila podem ser utilizados para a náusea. Por outro lado deve-se tomar um cuidado muito especial com alimentos gordurosos, laticínios, café, álcool, aspirina e alimentos com picantes. Se for necessário um tratamento sintomático, a metoclopramida mostrou ser eficaz. O domperidona, a cimetidina, a ranitidina ou o ondansetron podem ser úteis.

Os fármacos anti-eméticos não podem ser usados em qualquer altura mais sim devem ser tomados regularmente cerca de 30 a 45 minutos antes da HAART. Após algumas semanas as doses podem ser gradualmente reduzidas.

No caso da diarreia devem ser excluídas outras causas tal como infeções ou intolerância à lactose. Neste caso bolachas de farelo de aveia revelaram ser eficazes.

A diarreia associada ao nelfinavir pode ser aliviada com cálcio tomado como carbonato de cálcio tomado na dose de 500 mg por dia.

A base do tratamento sintomático é a loperamida que inibe os movimentos intestinais por outro lado se ela não for eficaz pode-se usar a tintura de ópio como alternativa.

2.2. Patologia do SNC

Até cerca de 40% dos doentes medicados com efavirenze referem queixas do SNC, tais como tonturas, insónias, pesadelos, alteração de humor, depressão, sensação de despersonalização. Estes efeitos adversos surgem sobretudo durante os primeiros dias ou semanas de terapia. A interrupção da terapia só é necessário em cerca de 3% dos doentes. Há associação entre níveis plasmáticos de efavirenze elevados e o aparecimento de efeitos adversos do SNC. Estes tipos de efeitos adversos podem ser reduzidos com lorazepam e o haloperidol que podem ser administrado para ataques de pânico e insónias.

2.3. Neuropatia periférica

A neuropatia periférica é causada principalmente pelos análogos nucleosídeos zalcitabina, didanosina e estavudina.

Os doentes queixam-se de parestesias, dor nas mãos e pés. Estas queixas habitualmente surgem de forma gradual alguns meses após o início da terapia antiretroviral. A própria infecção por HIV pode causar polineuropatia periférica, mas a forma induzida por fármacos surge muito mais precocemente e de forma mais rápida. Nestes casos os doentes devem consultar o seu médico assistente o mais rápido possível.

Deverão também ser investigados factores de risco adicionais para polineuropatia, tais como deficiência de vitamina B12, alcoolismo, diabetes mellitus ou tratamento com outros fármacos neurotóxicos como por exemplo a isoniazida.

Os sintomas normalmente melhoram nos primeiros dois meses após a suspensão dos fármacos responsáveis, mas podem inicialmente aumentar de intensidade e nem sempre revertem totalmente. O tratamento é complicado e não há uma terapia específica.

Para além do tratamento sintomático, têm sido utilizadas outras modalidades terapêuticas como a acupunctura e neuroestimulação transcutânea, com sucesso variável. Deve-se evitar calçado apertado e longos períodos de estação em pé; os duches com água fria podem diminuir a dor.

2.4. Patologia Renal

O invadinavir é o principal medicamento com o qual ocorre a patologia renal, sendo que os cristais de indinavir podem ser encontrados na urina de cerca de 20% dos doentes.

Aproximadamente 10% dos doentes tratados com indinavir desenvolvem nefrolitíase, a qual não é visível no RX, acompanhada de cólicas renais. É raro surgir insuficiência renal. Os sintomas da cólica renal aguda incluem lombalgia ou dor no flanco bem como nos quadrantes inferiores do abdómen, que pode radiar para a região inguinal e testicular. Pode também haver hematuria.

A avaliação do doente devese incluir o exame objectivo, análise da urina, função renal e ecografia renal. A terapia do episódio agudo necessita de analgésico ou diclofenac (ex. 100-

150 mg) que poderá ser associada a espasmolíticos (ex. butilescopolamine, 20 mg i.v.). Geralmente este tipo de medicação alivia rapidamente a dor e poderá ser repetida alguns minutos depois se houver ressurgimento ou persistência da dor. Se este tipo de analgésico for ineficaz poderá ser necessário utilizar opioides. A administração de fluidos deverá ser moderada durante os episódios agudos.

Para profilaxia, dever-se-á ingerir diariamente pelo menos 1,5L de fluidos, e esta quantidade deverá ser aumentada durante o tempo quente e se houver consumo de bebidas alcoólicas. Não é necessário interromper a terapia com início de um episódio de cólica renal, salvo se persistirem os sintomas.

2.5. Hepatotoxicidade.

A alteração das provas de função hepática pode ser causada por fármacos, hepatite viral, abuso de álcool ou drogas recreativas. Este tipo de alteração das provas hepáticas surge em 2 – 18% dos doentes HAART, independentemente das classes de fármacos utilizados. Tem sido referida hepato-toxicidade grave e insuficiência hepática em doentes tratados com nevirapina e IP's (indinavir e ritonavir). Os doentes com doença hepática prévia deverão ser tratados com estes medicamentos só com monitorização intensa da função hepática.

As reacções de hepato-toxicidade surgem em tempos diferentes consoante as classes de fármacos: os análogos dos nucleosídeos provocam esteatose hepática, a qual provavelmente se deve á toxicidade mitocondrial e aparece habitualmente mais de seis meses no início do tratamento. Os NNRTI's provocam frequentemente reacções de hipersensibilidade nas primeiras 12 semanas de terapia. Num estudo observou-se hepato-toxicidade grave 15,6% dos doentes medicados com navirapina e em 8% dos medicamentos com efavirenze. Estes doentes estavam também medicados com PIs e os que possuíam co-infecção com vírus hepatotrópicos (HBV ou HCV) apresentavam o risco mais elevado. Os PIs podem provocar hepato-toxicidade em qualquer período do tratamento e os doentes com hepatites crónicas virais são os que correm maior risco. Uma das possíveis causas é a reconstituição imunitária nos doentes sob HAART, com aumento da actividade citolítica contra os hepatócitos infectados com vírus hepatotrópicos. Dentro dos IPs a hepato-toxicidade tem sido mais descrita com o ritonavir.

As provas hepáticas deverão ser monitorizadas quinzenalmente no início da terapia com nevirapina e PIs (é mais frequentemente nos doentes com doença hepática prévia). Para os

restantes fármacos é suficiente efectuar análises mensalmente. Se houver elevação moderadas das transaminases ($< 3,5 \times$ I limite superior da normalidade) e na ausência de sintomas, o tratamento pode ser continuado sob monitorização restrita. Se houver aumento das transaminases superior a $3,5X$ o limite superior da normalidade, deverão ser efectuados outros testes de diagnósticos, incluindo a ecografia abdominal. Nos casos de co-infecção com hepatite B ou C dever-se-á considerar o tratamento destas infecções. Com outro tipo de patologia hepática prévia poderá ser útil efectuar monitorização terapêutica dos fármacos. Poderá não ser necessária a interrupção do fármaco.

2.6. Alterações do hemograma

5 a 10% dos doentes medicados com zidovudina desenvolvem anemia. A neutropenia ocorre menos frequentemente. Os doentes mais afectados são os que possuem doença por HIV mais avançada e mielo-supressão prévia, ou medicação com concomitante com quimioterapia citotóxica ou outros fármacos mielo-supressores. É importante a monitorização mensal do hemograma, pois a anemia pode surgir anos após o início da terapia. Em casos de anemia grave dever-se-á interromper a medicação com zidovudina; raramente é necessário efectuar transfusões de sangue. O tratamento com eritropoietina ou G-CSF é uma opção mas deverá ser evitada tanto quanto possível a longo prazo devido aos elevados custos. O aparecimento de anemia é menos frequente com estavudina, lamivudina e abacavir; pode surgir leucopenia com indinavir, abacavir e tenofovir.

2.7. Alergias

As alergias são cerca de 100 vezes mais frequentes nas pessoas infectadas com o HIV do que na população em geral (Roujeau 1994). As alergias com os antiretrovirais surgem com todos os NNRTIs, bem como com análogo dos nucleosídeos abacavir e o PI amprenavir. A nevirapina e a delavirdina podem provocar um discreto exantema em 15 a 20% dos doentes, 7% dos quais interrompem o tratamento. O exantema é menos frequente com efavirenze, cuja terapia só é interrompida em 2% dos doentes. O abacavir provoca uma reacção de hipersensibilidade em, cerca de 2-45 dos doentes, o qual pode ser fatal. Tem sido discutida uma predisposição genética para reacção de hipersensibilidade (HSR) ao abacavir. Dois

estudos encontraram correlação entre tipo de HLA (nomeadamente o HLA- B57) e a ocorrência de HSR.

2.7.1. Alergias aos NNRTs

A alergia aos NNRTI é uma reacção sistémica reversível e apresenta-se tipicamente com exantema maculo-popular confluyente pruriginoso, que se distribui principalmente pelo tronco e membros superiores, o exantema pode ser precedido por febre. Nas formas mais graves ocorrem outros sintomas que incluem mialgias, astenia e ulceração das mucosas. Este tipo de reacção alérgica geralmente aparece na segunda ou terceira semana de tratamento. Se os sintomas surgirem após oito semanas de terapia dever-se-á suspeitar de outros fármacos. Raramente surgem reacções graves como a síndrome de Stevens-Johnson, epidermolise tóxica (síndrome de Lyell) ou hepatite anictérica.

Cerca de 50% das reacções alérgicas aos NNRT's regridem apesar de se manter a terapia. Os anti-histamínicos podem ser úteis. O tratamento deverá ser imediatamente interrompido nos casos em que haja atingimento da mucosa, ou aparecimento de flictenas ou envolvimento hepático (transaminases > 5 vezes o limete superior da normalidade) ou febre superior a 39° C. Num ensaio clínico com dupla ocultação, o tratamento profiláctico com glucocorticoides não mostrou benefício na prevenção da reacção alérgica a nevirapina.

2.7.2. Hipersensibilidade ao Abacavir

O exantema associada á reacção de hipersensibilidade (HSR) ao abacavir é frequentemente discreto, em contraste ás alterações cutâneas da nevirapinae efavirenze e em cerca de 30% poderá estar mesmo ausente. 80% dos doentes tem febre. Para além disso há um mau estar geral (que piora diariamente). Outros sintomas frequentes são sintomas gatrointestinais como náuseas, vómitos, diarreia. Os sintomas respiratórios como a dispneia tosse e odinalgia são raros. Na HSR podem ocorrer alterações do hemograma, elevação das transaminases fosfatase alcalina, cratinina e LDR. Habitualmente há eosinofilia. Foi descrito um caso de síndrome de Stevens-Johnson (Bossi 2002). Em média á HSR ocorre cerca de 8 dias após o início da terapia e em 93% dos casos nas primeiras seis semanas.

O diagnóstico de HSR é clínico. Por vezes é difícil diferenciar de uma infecção intercorrente. Os critérios clínicos que favorecem o diagnóstico de HSR são aparecimento durante as

primeiras seis semanas de tratamento, deterioração progressiva com cada administração do fármaco e presença de sintomas gastrointestinais.

Se se interromper a medicação com abacavir a HSR reverte completamente dentro de dias. Se não se reconhecer a HSR esta poderá ser fatal.

Após interrupção do abacavir o tratamento de suporte pode incluir administração de fluidos endovenosos e eventualmente corticosteróides.

Uma vez efectuado o diagnóstico de HSR ao abacavir a reexposição ao fármaco pode ser fatal esta estritamente contra-indicada. Se apenas há uma vaga suspeita de HSR ao abacavir o doente poderá sofrer reexposição mais que devera ser efectuada em internamento hospitalar. Quando se interrompe a terapia com abacavir por outros motivos há que salientar que pode surgir HSR mesmo se antes nunca tivesse ocorrido.

O tratamento com abacavir requer informação detalhada ao doente acerca da possível ocorrência da HSR e quais os sintomas que poderão surgir neste contexto.

Os doentes deverão saber quem contactar no caso de suspeita de HSR, de preferência também durante a noite e fins-de-semana. No entanto, é importante não assustar os doentes de forma que eles próprios interrompam precocemente, eventualmente desnecessariamente a terapia.

2.8. Pancreatite

Juntamente a acidose láctica, a pancreatite é a complicação fatal mais frequente, provavelmente causada por toxicidade mitocondrial. Não se pode distinguir da pancreatite de qualquer outra etiologia, quer clinicamente quer por testes laboratoriais. É causada principalmente pela didanosina e, ocasionalmente, pela estavudina, lamivudina e zalcitabina. A combinação de estavudina e didanosina com hidroxiureia tem um risco particularmente elevado de pancreatite. O consumo de álcool e o tratamento com pentamidina são factores de risco adicionais.

A terapia antiretroviral deve ser suspensa imediatamente. O tratamento é o mesmo que para a pancreatite de outras etiologias. Os sintomas e as alterações laboratoriais em geral resolvem-se rapidamente.

2.9. Necrose avascular

A necrose avascular ocorre em aproximadamente 0,4% dos doentes com HIV, sendo significativamente mais frequente do que na população em geral. Tem sido postulado uma associação com os PIs, mas até agora sem prova concreta dessa relação. Há vários factores de risco para a ocorrência de necrose avascular dos quais se destacam: alcoolismo, dislipidemia, tratamento com corticóides, hipercoagulabilidade, hemoglobinopatia, trauma, tabagismo e pancreatite crónica.

O local mais frequente de necrose avascular é a cabeça do fémur e, menos frequentemente, a cabeça do úmero. Inicialmente os doentes queixam-se de dor na articulação envolvida, registando-se um aumento progressivo das queixas dolorosas em dias ou semanas. Nos estádios iniciais pode ser assintomática, mas seguem episódios de dor óssea e diminuição da mobilidade articular. A necrose da cabeça do fémur causa dor na anca ou região inclinal e pode radiar para ao joelho homolateral.

Deve-se proceder a monitorização cuidadosa de todos os doentes sob HAART (especialmente dos que tem terapia concomitantes com corticoides) que se queixam pela primeira vez de dor na anca. Mesmo nos indivíduos com apenas dor moderada dever-se-á efectuar uma RM precocemente.

A RM é mais sensível da radiologia convencional. O diagnóstico e tratamento precoces podem poupar aos doentes sofrimentos, diminuição de mobilidade e intervenções cirúrgicas.

Se se confirmar o diagnóstico o doente deverá ser enviado a um cirurgião ortopédico tão rápido quanto possível. Estão disponíveis diversas estratégias terapêuticas que reduzem a lesão do osso e articulação, bem como a dor e que dependem do estágio da doença localizada e grau de gravidade. Nos estádios mais precoces por vezes é suficiente a redução da carga na articulação envolvida com a utilização de bengala ou canadianas. A descompressão cirúrgica do centro da cabeça do fémur efectua-se executando diversos orifícios que provocam neovascularização e reduzem a pressão no osso. Nos estádios mais avançados a probabilidade de sucesso diminui em paralelo com a dimensão da necrose. A alternativa osteotomia tem a desvantagem de reduzir a mobilidade dos doentes por um grande período de tempo. Nos casos graves é necessário a artroplastia total.

Deve-se identificar os factores de risco e eliminá-los. Se possível, deve-se interromper o tratamento com esteroides e modificar regimes terapêuticas com PIs. É recomendada a fisioterapia. Para o tratamento analgésico recomendam-se os anti-inflamatórios não esteroides (ex.: ibuprofeno).

2.10. Osteopenia/osteoporose

As pessoas infectadas com HIV têm diminuição da densidade óssea, comparativamente aos não infectados. A densidade óssea determina-se pela medição da absorção de RX (ex: DEXA) ou por ultrassons. Os resultados são expressos pelo número de desvio padrão (o T-score) da média em indivíduos jovens saudáveis. Valores com desvios entre 0-1 e 2,5 desvio padrão são classificados como osteopenia e valores acima de 2,5 desvio padrão são classificados como osteoporose.

Para além da infecção por HIV, há outros co-factores que parecem desempenhar um papel, patogeneze desta situação, como má nutrição, atrofia do tecido adiposo, tratamento com corticoides, imobilização e tratamento com PIs e NRTIs. A osteopenia e osteoporose são frequentemente assintomáticas. A osteoporose surge principalmente nas vértebras, membros inferiores e ossos da bacia.

Devem ser efectuados os seguintes exames em todos os doentes com SIDA: RX da coluna lombar (anteroposterior e perfis), medição da densidade óssea (DEXA) da coluna lombar e fémur e análises contendo cálcio, fósforo e fosfatase alcalina. A osteopenia deverá ser tratada com 1000 U diárias de vitamina D e dieta rica em cálcio ou suplementos orais de cálcio (1200mg/d). Os doentes devem ser aconselhados a realizarem exercícios físicos e cessarem hábitos alcoólicos e tabágicos. Nos casos de osteoporose podem ser utilizados os aminobifosfonatos.

2.11. Lipodistrofia, dislipidemia

Os efeitos a longo prazo da HARRT incluem alterações metabólicas tais como a lipodistrofia, a hiperlipidemia e a resistência à insulina. Há várias alterações para as quais se desconhece a

etiologia. Muitas alterações não podem ser atribuídas a um dado fármaco ou classe de fármacos.

2.12. Hiperglicemia, diabetes mellitus

A hiperlipedemia se observa nos primeiros meses de terapia e os níveis elevados de glucose observam-se mais tarde. A hiperglicemia é causada pela resistência á insulina, tal como na diabetes tipo II. O mecanismo resulta provavelmente duma diminuição do transporte de glicose relacionado com o tratamento e/ou uma influência na fosforilação intracelular da glicose. A hiperglicemia ocorre no tratamento com PI's- especialmente com indinavir – e, menos frequentemente com NRTI's. A idade, um elevado indece de massa corporal, uma hipercolesterolemia e hiper trigliceridemia estão associados a um aumento de risco de desenvolvimento de resistência a insulina. Os doentes com estes factores de risco ou com diabetes mellitus pré-existententes requerem uma monitorização apertada. Os doentes devem ser informados acerca dos sinais de aviso como a polifagia e a poliúria.

Os níveis de glucose diminuem uma vez que seja suspensa a terapia. Não é ainda claro se retornam ao normal. Não há dados suficientes que determinam se os tratamentos com IP's devem ser suspensos nos casos de diabetes mellitus inaugural. A diabetes mellitus com manifestações oculares, renais e cardiovasculares é rara.

2.13. Aumento de episódios hemorrágicos nos hemofílicos

Os doentes seropositivos para HIV com hemofilia A ou B, que estejam a fazer tratamento com inibidores das proteases, podem ter episódios de aumento de hemorragia espontânea nas articulações ou nas partes moles. Raramente podem ocorrer hemorragias gastrointestinais, em geral 22 dias após o início da terapia. A etiologia não é clara.

II.CAPÍTULO

Caracterização da cidade da Praia.

1. Considerações gerais

A cidade da Praia fica situada na ilha de Santiago, a maior ilha de Cabo Verde com uma área 991km^2 , com 236.352 habitantes, tendo uma população 106.052 habitantes.

Capital de Cabo Verde, sempre cresceu a um ritmo superior a média do País, particularmente na década de noventa em que a população da cidade capital cresceu 4,1%, enquanto o crescimento médio anual do País foi de 2,4% ano.

Praia é um dos concelhos mais atractivos de Cabo Verde, para onde se dirigem fluxos migratórios de todos os outros concelhos, em especial do interior de Santiago e da ilha do Fogo. Praia é o segundo concelho a albergar vários liceus, um hospital central. E o primeiro concelho a albergar uma instituição de Ensino superior, mas também a ter estruturas de formação profissional e média. E sobretudo, é na cidade capital que se encontram os órgãos de soberania e o essencial da administração central.

As pessoas de outros concelhos vieram à Praia a procura do saber, mas também do trabalho. A procura da cidade de Praia é particularmente importante por gente com nível superior pois há melhor oportunidade de realização tanto na administração pública, como nas instituições financeiras como em empresas e em outros ramos de actividade.

Albergando uma numerosa taxa populacional, a nível do País, é evidente que também convive com maiores problemas, nomeadamente em matéria de saúde. Neste sentido não é de estranhar ser na cidade da Praia onde vamos encontrar uma maior taxa de infectados pelo HIV, objecto da nossa análise.

Tabela 1-Últimos dados estatísticos sobre a cidade da Praia.

Indicador	Praia	Cabo Verde	Ano de ref.
População	114,688	478,163	2005
Cerca de 24% da população de Cabo Verde			2005
Área (Em Km2)	97	3985	2005
Densidade populacional (Hab/Km2)	1182	120	2005
População activa	43454		2005
Taxa de desemprego (%)	26%	24.4	2005
Agregados familiares	21412		2005
Agregados familiares com ligação a Internet (%)	5.5	3.4	2005
Agregados familiares com computador sem ligação a Internet (%)	9.4	6.1	2005
Agregados familiares com agua canalizada	44.0	42.0	2005
Agregados familiares com electricidade	81.2	66.1	2005
Agregados familiares com casa de banho e retrete	63.1	59.0	2005
Agregados familiares com automóvel (%)	18.8	11.8	2005
Agregados familiares com pelo menos 1 telemóvel	50.2	36.2	2005
Agregados familiares com telefone fixo	58.4	54.9	2005

Fonte: Direcção Geral de Estatística

1.1. Qualificação humana

Em 1970, (54%) da população da capital de idade igual ou superior a 15 anos era analfabeta, passando a ser 33% em 1990 e apenas 16% em 2000. Já em 1980, cerca de 13% da população em idade de referência tinha nível secundário ou pós-secundário, sendo 21% em 1990. Em 2000, quase 1/3 da população da cidade tinha o nível secundário, médio ou superior, sendo que para o caso deste ultimo a proporção é de 3 vezes a média nacional.

Praia é verdadeiramente uma cidade de contrastes. As pessoas com nível superior vivem nos bairros mais consolidados e melhor infra-estruturados. De cada 100 pessoas deste nível residentes na Praia, 32 vivem na Achada de Santo António, 13 vivem na Terra Branca, 12 vivem no Palmarejo, 11 vivem na Achadinha 7 vivem na Fazenda e igual número no Plateau.

Os restantes 18 vivem nos outros bairros. O número de pessoas deste nível de instrução é inexpressivo nos bairros menos consolidados e menos infraestruturados como Achada Eugénio Lima, Monteagarro, Safende, Tira Chapéu, São Pedro Latada, Achada Grande Frente, Achada GrandeTrás, Tira Chapéu Industrial, Pensamento, Ponta d'água Castelão e Achada Mato onde não chega a 1% do total e em Achada são Filipe onde residem cerca de 1,2% das pessoas com esse nível. Estes bairros constituem um grupo bem diferenciado do ponto de vista das características da sua população, quanto das condições de vida das pessoas que ali vivem.

1.2. Situação sanitária

A cidade da Praia tem uma delegacia de saúde, um hospital central, quatro Centros de saúde (centro de Achadinha, Achada Sto António, Ponta d'Água e Trindade) e um Centro de saúde reprodutiva (centro de saúde de Fazenda).

Nº de crianças nascidas vivas em 2005 na cidade da Praia -4151.

Tabela1.1 – Nº de óbitos infantis na cidade da praia em 2005.

	Total
Nº de óbitos de menores de 1 ano	125
Nº de óbitos de crianças de 0 a 6 dias	70
Nº de óbitos de crianças de 7 a 27 dias	11
Nº de óbitos de crianças de 28 a 364 dias	44
Nº de óbitos fetais (> 22 sem gestação)	77
Nº de óbitos de crianças de 1-4 anos	12
Nº de óbitos de crianças < de 5 anos	137
Nº de óbitos mulheres por causas maternas	01

Fonte: Delegacia de saúde da Praia.

Tabela 1.2 – Principais causas de óbitos infantis na cidade da Praia em 2005.

Causas de óbito infantil	Total
Pneumonias	51
Prematuridade	38
Sepsis	19
Meningite	7
Diarreia	5
Morte Subita	3
Todas as outras causas	-

Fonte: Delegacia de saúde da Praia.

Tabela 1.3 – Principais causas de óbitos na cidade da Praia em 2005.

Causas de óbito	Total
Sepsis	71
Neoplasias	62
AVC	58
Politraumatismo	41
Prematuridade	37
Pneumonias	34
Sida	24
Insuficiência renal	19
Meningite e tuberculose	10
	-
Todas as outras causas	-

Fonte: Delegacia de saúde da Praia.

Tabela 1.4-Evolução das taxas de mortalidade na cidade da Praia, 2004.

Taxas de Mortalidade 2004		
Geral	Infantil	Materna
644	127	4

Fonte: Delegacia de saúde da Praia.

Casos de doenças notificados na cidade da Praia, 2005

Diarreia, Diarreia com sangue, Meningite, Hepatite, Paludismo Autóctone, Paludismo Importado, SIDA, Tuberculose.

Casos de doenças com tratamento prolongado notificados na cidade da Praia, 2005. Hipertensão arterial, Diabetes, Asma, Doença mental, Epilepsia, Lepra. Sendo a Hipertensão arterial com maior numero de casos.

Fonte: Delegacia de saúde da Praia.

Tabela 1.5-Casos novos de HIV/SIDA por idade e sexo notificados na cidade da Praia, 2005.

Sexo	Grupos etários.							Total
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	
Masculino								53
Feminino								50
Total	15	13	28	20	18	8	1	103

Fonte: Delegacia de saúde da Praia.

O maior numero de casos novos de HIV/SIDA notificados na cidade da Praia situa-se na faixa etária dos 25-34 anos com um numero correspondente a 27%, e o menor numero de casos foi notificado na faixa etária de 65+ anos com apenas 1%.

O número de óbitos por SIDA foi um total de 24 casos em 2005 na cidade da Praia.

Testes de HIV.

No hospital Agostinho Neto, funciona um laboratório de Elisa, no mesmo espaço que o banco de sangue, em duas pequenas salas, com dois técnicos efectivos, uma Bióloga contratada, um auxiliar administrativo e um ASG. Compartilhados com o Banco de sangue, o laboratório realiza análises serológicas de VIH, AgHBS e anti-HCV; faz contagem de linfócitos T CD4/CD8/CD3; ocupa-se da vigilância epidemiológica nacional VIH e da Sífilis; apoia a Delegacia de Saúde na formação e controle de qualidade dos testes VIH. Participaram no IDSR-II para a despistagem do VIH em cinco mil quinhentos e oitenta e oito inquiridos, trabalham em estreita colaboração com o Programa de Luta contra a SIDA e o serviço de

Epidemiologia do M.S. Em 2005 analisaram quatro mil e seiscentos e cinquenta e três amostras para VIH com 3,5% de positividade, mais mil e seiscentos e noventa e um que em 2004; dois mil duzentos e vinte e sete despistagem do AgHBS, mais duzentos e vinte que no ano transacto; anti-HCV, mil quatrocentos e três amostras, mais sessenta e três que em 2004; contagem de CD4 356 amostras e IDSR-II 5.610 amostras.

As pessoas chegam nas delegacias de saúde ou no hospital Agostinho Neto, fazem o seu teste de HIV que é inteiramente gratuito. O resultado do teste é dado por uma psicóloga que faz um tratamento pré e pos-teste. No caso do resultado ser positivo o paciente é atendido no mesmo dia por médicos especializados e vai ser submetido a uma série de análises, onde vai ser avaliado se deve ou não ser iniciado o tratamento antiretrovirais.

O tratamento é inteiramente gratuito e os doentes tem o acompanhamento de uma equipa formada por médicos de clínica geral, ginecologistas, obstetra, infectiologistas, psicólogos etc. Existe todo um trabalho de acompanhamento dos seropositivos e dos doentes de SIDA.

III-CAPÍTULO

Considerações sobre saúde e situação de VIH-SIDA em Cabo Verde.

1.Considerações sobre saúde em Cabo Verde

Os indicadores de saúde, principalmente os referentes a mortalidade geral infantil revelam que os factores educacionais como por exemplo a redução do analfabetismo, a melhoria no abastecimento de água, o saneamento básico, ajudaram a melhorar a vulnerabilidade à certas patologias presente no país.

Em 1995 a mortalidade geral chegou a 9,1%, tendo descido em 2000 para 5,6%.

Também a mortalidade perinatal mostrou melhoria.

A taxa de mortalidade em menores de 5 anos passou de um valor de 43,2% em 1996, para 28,2% no ano 2000, embora com um pico de 55,5% em 1997 ano de epidemia de sarampo.

Relativamente as causas de morte na população em geral, nota-se uma contínua predominância do grupo nosológico das doenças do aparelho circulatório, apenas ultrapassadas pelo grupo das doenças infecciosas e parasitárias em 1997, ano em que se registou uma epidemia de sarampo.

No período 1991 a 1995 as causas de morte do grupo infecciosas e parasitárias situaram-se sempre num nível superior às demais causas explicitadas, mas de 1996 a 2000 há uma nítida regressão. Nas crianças menores de um ano continua a desenhar-se uma diminuição dos óbitos por causas infecciosas e parasitárias. No período de 1992 a 1995 a taxa baixou de 22,1 para 11,8%, continuando a sua queda até 7,5 em 1998 e 1999 e 4,6% em 2000. Assim a primeira causa de morte infantil passa para a ser o grupo das afecções perinatais.

Quanto à morbilidade, o seu estudo é seriamente limitado pelas insuficiências do sistema de informação sanitária. A notificação mais fiável é a das doenças de declaração obrigatória, quase exclusivamente doenças infecciosas. A causa mais frequente de morbilidade notificada na população pertence ao grupo das infecções respiratórias agudas que atingem uma incidência na população menor de 5 anos de 3.393 por dez mil habitantes e na população de 5 anos e mais de 784 casos novos por dez mil habitantes. A seguir aparecem as doenças diarreicas com valores de incidência em menores de 5 anos e depois o grupo das pneumonias.

No ano 2000 um surto de diarreias sanguinolentas alertou para a identificação das shigelloses, tendo sido notificados 10.026 casos, o que corresponde a uma incidência de 671.7 por dez mil habitantes. Em 2001 a incidência registado foi de 163.3 por dez mil habitantes.

Em termos de doenças reemergentes é de salientar os surtos de cólera que se registaram ainda em 1996 e 1998, da epidemia de sarampo em 1997 e 1998, a tosse convulsa com pequenos surtos em 1998 e 1999 e da poliomielite no ano 2000.

As doenças sexualmente transmissíveis têm tido uma alta incidência. Os casos novos de SIDA vêm aumentando de ano para ano, de 36 casos em 1996 para 75 em 2000 (uma incidência de 1.8 %).

A tuberculose também mostra uma tendência crescente, com uma incidência de 5,9 ‰ em 1996, 4,1 em 1997 e 6,8 % em 2000.

O paludismo autóctone depois de período menor em 1997 e 1998 conhece uma recrudescência chegando em 2000 a 128 caso que correspondem a uma incidência de 3,0 %.

De um lado, a urbanização e o desenvolvimento económico levaram a melhorias substanciais na saúde, principalmente por causa das melhorias ambientais, mas, também devido a um melhor acesso aos cuidados de saúde. Contudo, frequentemente, o crescimento da população nas cidades é sinónimo de agravamento da pobreza urbana, das deficiências no aprovisionamento em água potável, das insuficiências em infra-estruturas sanitárias, das habitações superlotadas, da poluição do ar, da recolha dos lixos domésticos, etc., condições favoráveis para o desenvolvimento de doenças infecciosas e parasitárias, que ainda persistem em grande parte dos países em desenvolvimento. Em Cabo Verde, o concelho da Praia é um exemplo típico deste fenómeno.

2. HIV e SIDA em Cabo Verde.

O primeiro caso de SIDA detectado em Cabo Verde, um arquipélago com cerca de 400 mil habitantes, remonta a 1986. Desde então, e até 31 de Dezembro de 2004, foram notificadas 1489 infecções por VIH, das quais 800 pessoas (53,7 por cento) contraíram SIDA e 426 (47,3 por cento) morreram com a doença. Com sintomas clínicos de SIDA registaram-se 374 pacientes, até finais de 2004.

Os dados divulgados pelo Ministério da Saúde indicam que, em 2004, surgiram 260 novos casos de seropositivos em Cabo Verde, sendo que o maior número de notificações foram registados na faixa etária dos 25 aos 49 anos.

Tabela 2- Evolução da epidemia de VIH/SIDA, Cabo Verde 2004-2005

Ano	HIV+							
	CASOS				ÓBITOS			
	Masculino	Feminino	Total	Total acumulativo	Masculino	Feminino	Total	Total acumulativo
2004	109	151	260	1489	37	27	64	426
2005	105	112	223	1712	ND	ND	ND	ND

Fonte: Ministério de saúde/Direcção geral de saúde.

ND: Dados não disponíveis.

O número de VIH+ diminui de 2004 para 2005 mas o número notificado para o sexo feminino continuou a ser superior ao do sexo masculino em 2005.

Tabela 2.1- Evolução da epidemia de VIH/SIDA, Cabo Verde 2004-2005

Ano	SIDA							
	CASOS				ÓBITOS			
	Masculino	Feminino	Total	Total acumulativo	Masculino	Feminino	Total	Total acumulativo
2004	66	57	123	800	37	27	64	426
2005	69	53	122	922	ND	ND	ND	ND

Fonte: Ministério de saúde/Direcção geral de saúde

ND: Dados não disponíveis

Houve um aumento no número de casos de SIDA no sexo masculino de 2004 para 2005 e uma diminuição para o sexo feminino.

**Tabela 3- Casos novos e conhecidos de SIDA notificados por concelho
Cabo Verde 2005.**

Concelho	Casos novos	Casos Conhecidos	Total
Brava	1	0	1
Maio	1	0	1
Mosteiros	1	0	1
Praia	57	3	60
S. Domingos	1	0	1
S. Filipe	3	0	3
S. Nicolau	0	2	2
S. Vicente	20	9	29
Sal	4	0	4
Santa Catarina	20	2	22
Santa Cruz	10	3	13
Tarrafal	4	0	4
Total	122	19	141

fonte: Ministério de saúde/Direcção geral de saúde

No concelho da Praia foram notificados o maior número de casos de SIDA sendo 95% casos novos e 5% casos conhecidos.

**Tabela 3.1- Casos novos e conhecidos de SIDA notificados por Concelho e Sexo
Cabo Verde 2005.**

Concelho	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Brava	1	0	1
Maio	0	1	1
Mosteiro	1	0	1
Praia	35	25	60
S. Domingos	1	0	1
S. Filipe	1	2	3
S. Nicolau	1	1	2
S. Vicente	11	18	29
Sal	1	3	4
Santa Catarina	14	8	22
Santa Cruz	8	5	13
Tarrafal	3	1	4
Total	77	64	141

fonte: Ministério de saúde/Direcção geral de saúde

55% dos casos novos e conhecidos de SIDA notificados em Cabo Verde no ano 2005, são do sexo feminino e 45% do sexo masculino, 43% dos casos foram notificados no concelho da Praia sendo 42% do sexo masculino e 58% do sexo feminino.

**Tabela 3.2- Casos novos e conhecidos de SIDA notificados por grupo etário
Cabo Verde 2005.**

Grupo etário	Casos Novos	Casos Conhecidos	Total
0-4	10	1	11
5-9	2	0	2
10-14	2	0	2
15-19	2	0	2
20-24	8	2	10
25-29	7	1	8
30-34	12	1	13
35-39	27	2	29
40-44	21	9	30
45-49	12	1	13
50-54	9	0	9
55-59	4	1	5
60-64	2	1	3
>65 anos	4	0	4
Sem idade	0	0	0
Total	122	19	141

fonte: Ministério de saúde/Direcção geral de saúde

Na faixa etária de 40-44 anos foi notificado maior número de casos, sendo 70% de casos novos e 30% de casos conhecidos.

Tabela 3.3- Casos novos e conhecidos de SIDA notificados por delegacias de Saúde Cabo Verde 2005.

Concelho	Casos novos	Casos conhecidos	Total
Praia	71	5	76
S. Nicolau	0	1	1
S. Vicente	20	10	30
Sal	4	0	4
Santa Catarina	18	2	20
Santa Cruz	6	1	7
Tarrafal	3	0	3
Total	122	19	141

fonte: Ministério de saúde/Direcção geral de saúde

A delegacia de saúde da Praia notificou 54% de casos de SIDA em Cabo Verde no ano de 2005, sendo 93% casos novos e 7 % casos conhecidos.

**Tabela 4 – Casos notificados de VIH/ SIDA por concelho e sexo
Cabo Verde 2005.**

Concelho	Masculino	Feminino	Não referido	Total
S. Vicente	17	14	1	32
Ribeira Grande	0	2	0	2
Porto Novo	1	0	0	1
Paul	0	0	0	0
Sal	8	4	4	16
S. Nicolau	3	5	0	8
Boa Vista	1	0	0	1
Brava	3	1	0	4
Maio	1	0	0	1
S. Filipe	1	2	0	3
Mosteiros	0	0	0	0
Praia	54	55	1	110
S. Domingos	0	2	0	2
Santa Cruz	3	9	0	12
Santa Catarina	9	14	0	23
S. Miguel	1	0	0	1
Tarrafal	2	5	0	7
Total	104	113	6	223

fonte: Ministério de saúde/Direcção geral de saúde

49% dos casos de VIH/SIDA registado em Cabo Verde no ano 2005, foi notificado concelho da Praia, sendo 49% do sexo masculino, 50% do sexo feminino e 1% indeterminado.

**Tabela 4.1 – Casos notificados de VIH/ SIDA por sexo e grupo etário
Cabo Verde 2005.**

Grupo etário	Sexo			Total
	Masculino	Feminino	Indeterminado	
0-4 anos	14	11	1	26
5-9 anos	0	0	0	0
10-14 anos	1	1	0	2
15-19 anos	0	4	0	4
20-24 anos	5	13	0	18
25-29 anos	7	19	0	26
30-34 anos	14	16	0	30
35-39 anos	10	14	0	24
40-44 anos	10	11	0	21
45-49 anos	10	6	0	16
50-54 anos	16	5	0	21
55-59 anos	4	5	0	9
60-64 anos	5	4	0	9
> 64 anos	5	3	0	8
Sem idade	3	1	5	9
Total	104	113	6	223

fonte: Ministério de saúde/Direcção geral de saúde

O maior número de casos de VIH/SIDA em 2005, foi notificado na faixa etária de 30-34 anos sendo 47% do sexo masculino, 50% do sexo feminino e 3% indeterminado. Apesar de 12% de casos notificados na faixa etária de 0-4 anos não foi registado nenhum caso na faixa etária dos 5-9 anos.

**Tabela 5 – Casos novos de SIDA notificados por sexo e grupo etário
Cabo Verde 2005.**

Grupo etário	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
0-14	10	4	14
15-44	47	30	77
45-54	10	11	21
55 e +	2	8	10
Total	69	53	122

fonte: Ministério de saúde/Direcção geral de saúde

Na faixa etária dos 15-44 anos foi notificado o maior número de casos novos de SIDA em Cabo Verde no ano 2005. 43% dos casos notificados são do sexo masculino e 57% do sexo feminino.

2.1. Distribuição gratuita dos antiretrovirais em Cabo Verde.

Cabo Verde garantiu no mês de Dezembro de 2004, a distribuição gratuita dos antiretrovirais aos seus doentes de SIDA e seropositivos.

Neste ano, o governo de Cabo Verde introduziu, pela primeira vez, o tratamento gratuito com antiretrovirais. Em 2005 112 pessoas, das quais 12 crianças, receberam tratamento com esses medicamentos, o que representa um custo anual de 120 mil escudos (cerca de 1110 euros) por paciente.

Existe, igualmente, um pacote de oferta de antiretrovirais para prevenir a transmissão de pais para filhos, sendo que 7 grávidas já beneficiam deste tratamento.

Segundo o director geral da saúde de Cabo Verde, Carlos Brito, a decisão da implementação dos antiretrovirais neste arquipélago resultou da nova política do governo para a área de saúde virada para a importação deste tipo de medicamento, até a data inexistente no país. Desde então os antiretrovirais passaram a constar na lista nacional de medicamentos em Cabo Verde e foi a primeira vez que os doentes com SIDA no país tiveram acesso a esses fármacos. E isso

só foi possível graças ao apoio do Banco Mundial, da OMS, da cooperação Brasileira e Francesa, do PNUD e da UNICEF.

Tabela 6-Testes de VIH realizados no ano 2004/2005 em Cabo Verde.

Ano	Numero de testes realizados
2004	8106
2005	8159

O número de testes de VIH realizados no ano de 2005 foi muito superior ao realizado no ano 2004.

fonte: Ministério de saúde/Direcção geral de saúde

IV. CAPÍTULO

Apresentação dos resultados

1. Os antiretrovirais na Cidade da Praia

Desde do mês de Dezembro de 2004 os doentes de SIDA da capital do país estão a receber tratamento com os antiretrovirais. O tratamento é gratuito, graças ao apoio do Banco Mundial, da OMS, da cooperação Brasileira e Francesa, do PNUD e da UNICEF, como tivemos oportunidade de referir anteriormente.

Com a aplicação dos antiretrovirais muitos seropositivos puderam levar uma vida normal, apesar de muitos não conseguiram resistir devido ao estado avançado da doença. O seropositivo chega no centro de saúde e logo é avaliado se deve ou não ser submetido ao tratamento antiretroviral, a categoria de selecção são os sintomas da doença e o número de CD4 menor do que 200. Existem doentes que não apresentam sintomas da doença mas com um número de defesa muito baixo e nesses casos é submetido ao tratamento antiretroviral. Os medicamentos são adquiridos gratuitamente na farmácia do hospital perante a apresentação de uma receita médica.

Tabela 6.1– Total de testes de VIH realizados por estruturas de saúde na cidade da Praia, 2005.

Estruturas de saúde	Total de testes realizados	Positivos	Negativos
Delegacia de saúde da Praia	968	21	947
Hospital Agostinho Neto	4653	133	4520
Total	5621	154	5467

fonte: Ministério de saúde/Direcção geral de saúde

Houve um aumento significativo do número de testes VIH realizados em Cabo Verde de 2004 para 2005, e 69% dos testes foram realizados na cidade da Praia, a maioria efectuados no hospital Agostinho Neto e 3% dos testes realizados tiveram resultados positivos.

**Tabela 7 – Casos notificados de VIH positivos por tipo de vírus na cidade da Praia
Ano 2005**

Estruturas de saúde	VIH1	VIH2	VIH1+2	Total
Delegacia de saúde da Praia	10	9	2	21
Hospital Agostinho Neto	99	33	1	133
Total	109	42	3	154

fonte: Ministério de saúde/Direcção geral de saúde

71% dos casos de VIH positivos notificados na cidade da Praia em 2005 são do tipo de vírus VIH 1, 27% são do tipo VIH 2 e 2% do tipo VIH 1+2.

Tabela 8 – Casos novos notificados de VIH na cidade da Praia em 2005 por idade e sexo.

Sexo	Grupos etários.							
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Total
Masculino								53
Feminino								50
Total	15	13	28	20	18	8	1	103

fonte: Ministério de saúde/Direcção geral de saúde

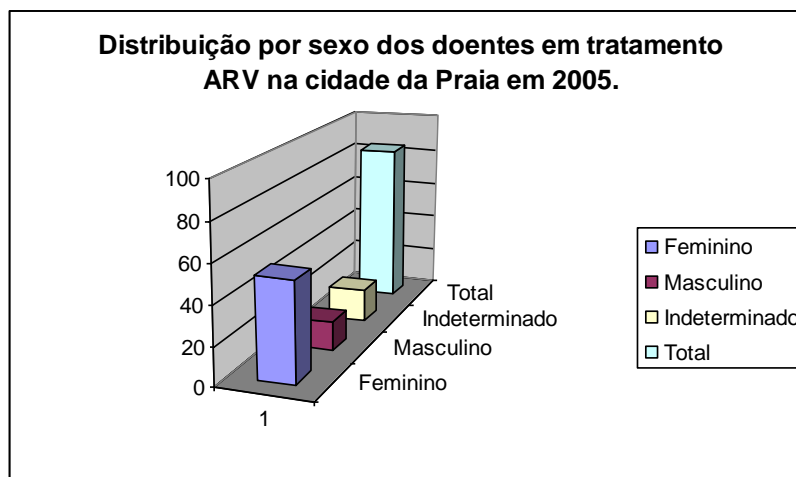
O maior número de casos novos de HIV notificado na cidade da Praia em 2005 foi na faixa etária de 25-34 anos com 27% dos casos e o menor número foi notificado na faixa etária dos 65+ anos, com apenas 1% de casos. Dos casos notificados 49% são do sexo masculino e 51% do sexo feminino.

O número de óbitos por SIDA foi um total de 24 casos em 2005.

1.1. Doentes com tratamento anti-retroviral na cidade da Praia em 2005

Gráfico 1

1.1.1

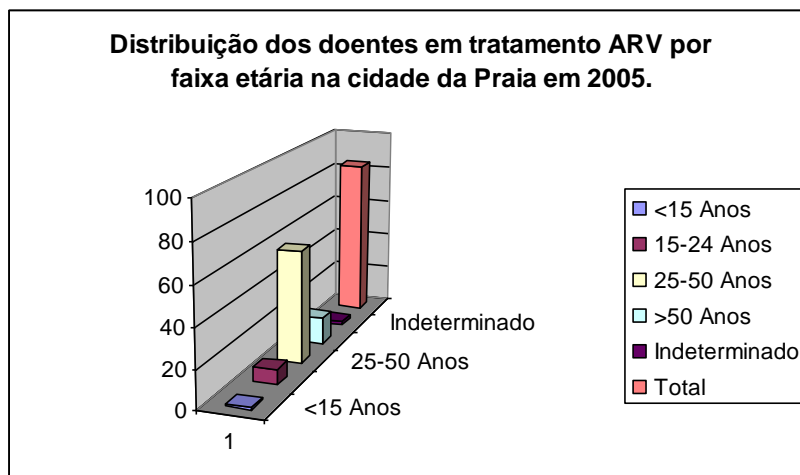


Fonte: Delegacia de saúde da Praia

61% dos doentes em tratamento ARV na cidade da Praia são do sexo feminino, 18% são do sexo masculino e 20% não foi possível a determinação do sexo.

Gráfico 2

1.1.2

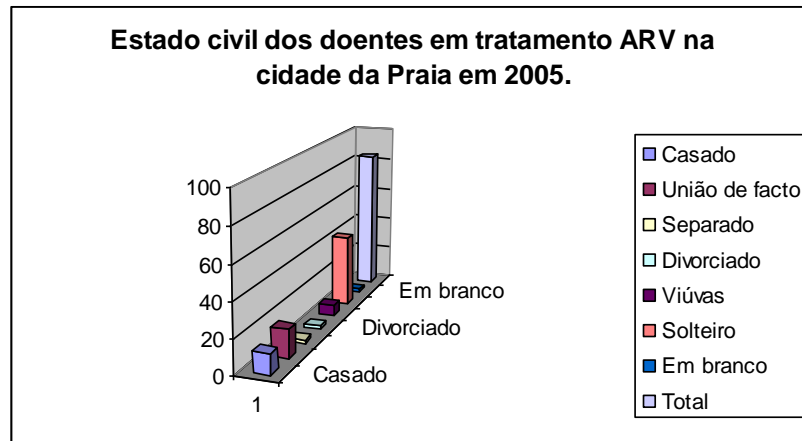


Fonte: Delegacia de saúde da Praia

70% dos doentes em tratamento ARV na cidade da Praia esta na faixa etária de 25-50 anos, 17% tem mais que 50 anos, 10% tem idade compreendida entre 15-24 anos, e existe apenas um paciente com idade inferior a 15 anos. Em 2% dos casos não foi determinado a idade.

Gráfico 3.

1.1.3

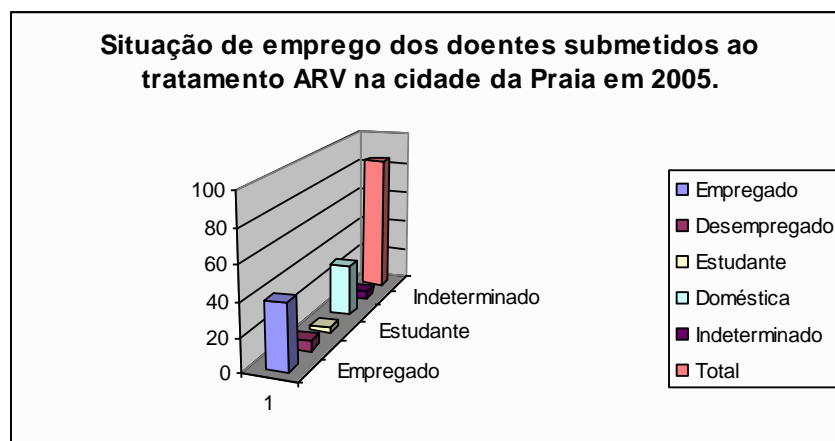


Fonte: Delegacia de saúde da Praia

50% dos doentes em tratamento ARV na cidade da Praia é solteiro e 14% é casado. Os divorciados e separados estão em menor número.

Gráfico 4

1.1.4



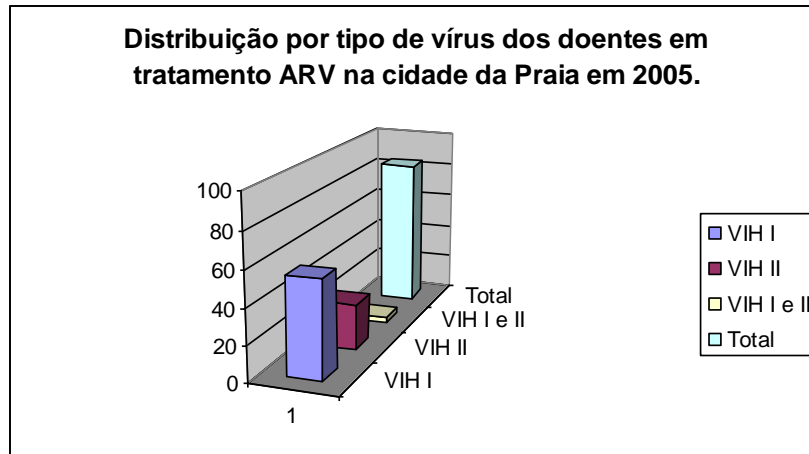
Fonte: Delegacia de saúde da Praia

Quanto a situação de emprego, consta que 46% dos doentes em tratamento ARV na cidade da Praia estão empregados, 7% estão desempregados, 36% são domésticas e 3% são estudantes.

A maioria dos doentes em tratamento ARV da capital do país esta empregada e os estudantes estão em menor número, também é de salientar que existe uma grande percentagem de pacientes domésticas fazendo tratamento ARV.

Gráfico 5

1.1.5



Fonte: Delegacia de saúde da Praia

65% dos doentes em tratamento ARV na cidade da Praia tem o tipo de vírus VIH 1, 31% VIH 2 e 4% VIH 1+2.

1.3. Numero de filhos dos doentes em tratamento ARV na cidade da Praia em 2005.

A media de filhos por paciente em tratamento ARV na cidade da Praia em 2005 é cerca de 3.

1.4. Situação de emprego antes e depois de entrar em regime de tratamento ARV Praia, 2005.

Os doentes de SIDA submetidos ao tratamento antiretroviral não deixaram de trabalhar por causa da doença, tomam os medicamentos e trabalham normalmente salvo quando é necessário algum repouso, e nesse caso os responsáveis de saúde passam uma declaração para ser apresentado a entidade patronal, sem entrar em detalhes sobre o estado de saúde do paciente.

Portanto os doentes não sofrem discriminação no trabalho pois a entidade patronal não tem o conhecimento do seu estado de saúde.

E existe um grande número de doentes que estão desempregados não por serem discriminados mas por causa da real situação de desemprego existente no país.

1.5. Relacionamento humano antes e depois de entrar em regime de tratamento antiretroviral.

Geralmente os doentes submetidos ao tratamento relacionam normalmente com os outros pois não é do conhecimento social o seu estado de saúde. O que é confiado em média apenas uma pessoa da família pois têm medo de serem discriminados. Também é de se notar que alguns seropositivos evitam o meio social depois de terem o conhecimento do seu estado de saúde, por causa do medo da reacção dos outros, mas depois de iniciar o tratamento com psicólogos na delegacia de saúde da Praia começam a encarar a doença e a superar as dificuldades.

1.6- Opinião dos médicos, psicólogos e enfermeiros sobre a melhoria da qualidade de vida dos doentes em tratamento.

O objectivo da implementação dos antiretrovirais é de melhorar a qualidade de vida dos doentes de SIDA aumentando assim a esperança de vida, geralmente isso é conseguido mas o grande problema que vem a ser enfrentado é a adesão ao tratamento, pois alguns doentes não conseguem seguir as normas do tratamento, isto é começam a tomar os medicamentos, começam a melhorar e param de prosseguir com o tratamento acabando por agravar a situação. O que acontece também é que a maioria dos doentes são pobres e não tem como ter uma boa alimentação como a medicação exige, e as mães seropositivas que não podem amamentar acabam por ter problemas com alimentos para os recém nascidos. Mas de uma forma geral existe uma melhoria na qualidade de vida dos doentes de SIDA com o tratamento antiretroviral.

Após a introdução dos antiretrovirais houve um aumento significativo de pessoas a fazer testes de HIV, pós sabem que existe um tratamento que é inteiramente gratuito, Existe uma equipa que trabalha em conjunto e o resultado é extremamente positivo. Essa equipa é formada por médicos de clínica geral, nutricionista, genecologistas, infectiologistas, obstetra, psicólogos, enfermeiros etc, todos acompanham o tratamento dos pacientes.

V. CAPÍTULO

Discussão dos resultados, conclusões e recomendações.

1. Discussão dos resultados

Os antiretrovirais foram introduzidos em Cabo Verde em Dezembro de 2004, e de 2004 para 2005 houve um aumento do número de testes de VIH, o que significa que depois da introdução dos antiretrovirais as pessoas aderiram mais ao teste, isto é diminui o preconceito de fazer o teste pois sabem que existe uma possibilidade de controlar o vírus da SIDA e que o tratamento é gratuito com profissionais inteiramente qualificados à disposição dos seropositivos e doentes de SIDA.

Dos doentes em tratamento 65% tem o tipo de vírus VIH 1, o que leva a crer que o vírus VIH 1 é o que mais afecta os praienses.

Existe um número maior de mulheres a fazer o tratamento antiretrovirais e principalmente as domésticas o que leva a concluir que o vírus é trazido pelo companheiro que sai todos os dias ao trabalho, e geralmente as mulheres domesticas são as menos instruídas e acabam por serem contaminadas pelo companheiro.

No que se refere a situação de emprego consta que o número de doentes em tratamento ARV empregados é superior aos desempregados. É notável que os que trabalham saem todos os dias e tem maior possibilidade de conhecer novas pessoas pois tem mais contacto com o meio social e consequentemente podem estar mais facilmente em contacto com um seropositivo e têm maior probabilidade de serem contaminado do que os que não trabalham.

Também podemos analisar que as pessoas empregadas têm geralmente independência financeira e com isso tem mais recurso e mais acesso a informação o que pode justificar o maior número de pessoas empregados a fazerem tratamento ARV em relação aos desempregados.

Na nossa sociedade o número de casados é inferior ao número de solteiros portanto é natural que haja mais pessoas solteiras infectadas com o vírus HIV do que pessoas casadas e consequentemente mais solteiros a fazerem tratamento ARV. Também pode estar em causa a estabilidade sexual, pois geralmente as pessoas casadas são fiéis enquanto que os solteiros por não terem nenhum compromisso oficializado podem se sentir menos preocupados com a fidelidade, o que geralmente acontece na sociedade cabo-verdiana e na cidade da Praia não é diferente.

O número de jovens a fazer tratamento antiretrovirais é inferior ao número de adultos, apesar da situação de novos casos de HIV/SIDA revelar mais jovens do que adultos. Uma explicação seria o facto desses jovens apresentar o número de CD4 superior a 200, não preenchendo por isso um dos critérios fundamentais para se iniciar o tratamento ARV .

Ao contrário do que podia ser pensado, os doentes de SIDA submetidos ao tratamento ARV não deixaram o emprego por causa da doença, não revelam a entidade patronal sobre o seu estado de saúde, e não se sentem discriminados.

O trabalho dos profissionais de saúde com os seropositivos e doentes de SIDA é muito sigiloso. Esses profissionais têm um cuidado especial com a privacidade dos pacientes o que facilita o tratamento e o sucesso dos antiretrovirais, nomeadamente a melhoria da qualidade de vida dos doentes, a redução da transmissão, a diminuição da infecção, a diminuição das infecções oportunista e o aumento da esperança de vida dos doentes de SIDA, no respeito dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV-SIDA.

2. Conclusões

Este tema de monografia foi escolhido com o objectivo de determinar o impacto social da aplicação dos antiretrovirais na cidade da Praia em 2005. Para a realização deste trabalho tivemos o apoio de entidades como CCS SIDA, Ministério de Saúde da Praia, Delegacia de saúde da Praia e principalmente de médicos e psicólogos que trabalham directamente com doentes de SIDA e seropositivos que tomam ou não medicamentos antiretrovirais. No decorrer deste trabalho foram encontradas inúmeras dificuldades pois apesar dos antiretrovirais serem instituídos pela primeira vez em 1994 só foram introduzidos em Cabo Verde em Dezembro de 2004, e desta data para 2005 é um tempo muito curto para estudar o seu impacto. Contudo fizemos o nosso trabalho e conseguimos atingir o nosso objectivo.

Na realização deste trabalho monográfico podemos concluir que a introdução dos antiretrovirais na cidade da Praia foi extremamente positivo pois passou a ser uma alternativa de vida para os doentes de SIDA desta cidade. Eles que antes limitavam-se a tratar as doenças oportunistas e gastavam muito dinheiro na compra de medicamentos agora têm acesso gratuitamente aos medicamentos que atacam o próprio vírus da SIDA, e tem a possibilidade de trabalhar e sustentar-se a si próprio, apesar do grande problema de desemprego existente no país. Desta forma estão a encarar a SIDA como sendo uma doença que pode ser controlada e não como sinonimo da morte pois sabem que existe um tratamento e uma equipa totalmente especializada para dar todo o apoio necessário.

Após da introdução dos antiretrovirais a esperança de vida dos doentes de SIDA aumentou significativamente apesar de alguns não resistiram ao tratamento devido ao estado avançado da doença. O numero de testes realizados em 2005 é superior ao do 2004 o que leva a concluir que as pessoas começaram a perder o medo e a vergonha de chegar na delegacia de saúde para fazer o teste de HIV.

Também podemos concluir que os doentes que tomam medicamentos antiretrovirais geralmente não sofrem discriminação. De acordo com a opinião dos técnicos contactados a maioria não se sentem discriminados, não deixou o emprego por causa da doença, mas apesar de tudo a maioria não revela a entidade patronal o seu estatuto serológico.

O facto do tratamento ARV melhorar significativamente a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV-SIDA, eliminando ou minimizando, nomeadamente, muitas debilidades físicas próprias da doença, pode contribuir para a diminuição da discriminação, no respeito as pessoas que vivem com HIV-SIDA.

Para terminar queríamos salientar que Cabo Verde está a fazer um excelente trabalho no que se refere ao cuidado com os doentes de SIDA e seropositivos, pois as pessoas podem fazer o teste gratuitamente, caso o resultado for positivo é atendido com todo o cuidado por médicos de clínica geral, psicólogos, infeciologistas, ginecologistas, obstetra, nutricionistas etc., e todo o acompanhamento é de forma gratuita.

E o objectivo da implementação dos antiretrovirais em Cabo Verde, e em particular na cidade da Praia que é de reduzir a transmissão, diminuir a infectividade, diminuir as enfermidades oportunistas, e de uma forma geral melhorar a qualidade de vida dos seropositivos e doentes de SIDA está a ser conseguido, pelo que o impacto social desta implementação é extremamente positivo.

3. Recomendações

Depois de realizar o nosso trabalho de monografia podemos concluir que Cabo Verde está a fazer um excelente trabalho com os seropositivos e doentes de SIDA. Contudo existem algumas preocupações que é a adesão ao tratamento pois algumas pessoas não conseguem aderir ao tratamento e achamos que seria necessário incentivar e informar mais os pacientes, ajudando-lhes criando empregos para os desempregados, porque a medicação exige certos cuidados como por exemplo uma alimentação cuidada. É certo que está a ser feito algum trabalho em parceria com a Morabi, uma instituição que ajuda as mulheres dando um empréstimo para mulheres seropositivos abrirem pequenos negócios mas devia-se dar mais atenção nesse sentido. Uma outra preocupação que podemos constatar é a forma como uma clínica privada realiza testes de HIV sem fazer qualquer preparação pré e pós-testes, as pessoas chegam na clínica fazem o teste de HIV e o resultado é dado no mesmo dia sem qualquer cuidado com a entrega do resultado.

Pois sabemos que uma pessoa deve estar preparada psicologicamente antes de fazer o teste de HIV, e o resultado deste deve ser dado por um psicólogo que prepara o paciente antes de receber o resultado para evitar piores constrangimentos e concordamos que isso vai ajudar bastante na decisão dos doentes em aderir ao tratamento ARV.

Bibliográficas

- BENANTI, Viviane Janouin- SIDA FAMILLE ET SOCIÉTÉ.
- CARR ,A ;COOPER DA-Adverse effects of antiretroviral therapy. Lancet 2001;
- COMITE DE CORDENAÇÃO DO COMBATE A SIDA- Plano Estratégico Nacional de luta contra HIV-SIDA (2002-2006), Praia 2002.
- COOPMAN SA, Johnson RA. PLATT R, Stern RS- Cutaneous disease and drug reactions in HIV infection. N Engl J Med. 1993 jun.
- DIDIER, Sicard; FAUCHER, J. M. -Infection à VIH savoir et comprende.
- HEWITT ,RG - Abacavir hypersensitivity reaction. Clin Infect Dis 2002.
- HOPKINS, John; BARTLET JG; GALLAN JE. Medical Management of HIV Infection. University, Division Diseases, (2001-2002). 2001.
- INSTITUT PANOS -Le vrais cout du SIDA, un nouveau défi au développment.
- INSTITUT PANOS -SIDA l'épidemie raciste-
- JACKON, Helen -SIDA Afrique- Continente en crise.
- JOINET, Bernard; MUGOLA Theodore -Survivre face au SIDA en Afrique.
- KNOBEL H, Miro JM Domingo P- Term Prednisone Regímen to Prevent Nevirapine- Associated Rash: A Double-Blind Placebo-controlled Trial: The GESIDA 09/99 Study. J Acquir Immune Defic Syndr 2001.
- MARZOLINI, C ; TELENTI A ; DECOSTERD, LA- Efavirenz plasma levels can predict. Treatment failure and central nervous system side effects in HIV-1-infected patients. AIDS 2001.
- MC, ARTHUR JC; YIANNOUTSO C, Simpson DM- A phase II trial of nerve growth factor for sensory neuropathy associated with HIV infection. AIDS Clinical Trials infected patients. AIDS 2001.
- MC, ARTHUR JC; YIANNOUTSO C. Simpson DM- A phase II trial of nerve growth factor for sensory neuropathy associated with HIV infection. AIDS Clinical Trials Group Team 291. Neurology 2000.
- MINISTÉRIO DE SAÚDE -Plano estratégico de VIH SIDA Cabo Verde 2005.
- MINISTÉRIO DO AMBIENTE AGRICULTURA E PESCA – Livro Branco sobre o estado do Ambiente em Cabo Verde, 2005.

- MINISTÉRIO DO AMBIENTE AGRICULTURA E PESCA -Plano Intersectorial Ambiente e Saúde, Agosto 2003.
- NEBOUT , Nicole -Le praticien face ou SIDA.
- OLYAEI, AJ; de Mattos AM, Bennet WM- Renal toxicity of protease inhibitors. Curr Opin Nephrol Hypertens. 2000.
- SHERMAN, DS; FISH DN- Management of Protease Inhibitor.A ssociated Diarrhea. Clin Infect Dis 2000.
- SINOUSSE, F. Barré -Le SIDA en question.

ANEXOS

Ficha como suporte de informação para a recolha de dados que foi enviada ao pólo técnico que controla os doentes em tratamento ARV na Praia

SIDA: Doentes em TARV- Concelho da Praia (Maio-06)

[illegible]

Códigos

Sexo M- Masculino
F-Feminino

Idade A- 15 anos
B- 15-24 anos
C- 25-50 anos
D- 50 anos

Estado Civil C-casado
S- solteiro
UF-uniao de facto

Particip. Campanha IEC S-sim
N- não

Situação de emprego E- empregado

D- desempregado

Nível Instrução EBI- C ensino básico integrado completo
EBI- I ensino básico integrado incompleto
ES-C ensino secundário completo
ES-I ensino secundário incompleto
EM-C ensino médio completo
EM-I ensino médio incompleto
ES-C ensino superior completo
ES-I ensino superior incompleto

SIDA: DOENTES EM TARV- CONCELHO DA PRAIA (JUNHO -06)

Sexo	Idade	Estado civil	Nº de filhos

Profissão	Situação de emprego antes de entrar em tratamento ARV	Situação de emprego depois de entrar em tratamento ARV	Habilitações Académicas.

Participa em campanhas de luta contra sida?

Sim

Não

☐
☐

No caso de participares indica o nome da instituição. -----.

E qual é a sua contribuição. -----

Como era o seu relacionamento com os outros antes de contrair a doença.

Muitos amigos

Pertencia a um grupo

Era tímido

Estudava/ trabalhava

☐
☐
☐
☐

Como passou a ser o seu relacionamento depois de contrair a doença.

Nada mudou

Evitou os amigos

Foi discriminado

Parou de Estudar/ trabalhar

☐
☐
☐
☐

Como passou a ser o seu relacionamento depois de iniciar o tratamento.

Nada mudou

Voltou ao convívio dos amigos

☐
☐

Voltou a Estudar/ trabalhar

Deixou de ser discriminado

☐
☐

SIDA: DOENTES EM TARV- CONCELHO DA PRAIA (JUNHO -06)

Medico/ a Psicólogo/a Enfermeiro/a

☐
☐
☐

Qual é a sua opinião sob a implementação dos antiretrovirais em Cabo Verde em particular na cidade da Praia. _____

Os doentes que atende trabalhavam/ e ou estudavam, tinham uma vida social activa antes de contrair a doença.

Sim Não Faltam informações

☐
☐
☐

Depois de contrair a doença deixaram de trabalhar/e ou estudar, deixaram o convívio soaial.

Sim Não Faltam informações

☐
☐
☐

Com o tratamento antiretroviral voltaram a trabalhar/e ou estudar e ao convívio social.

Sim Não Faltam informações

☐
☐
☐

Pensa que houve uma melhoria na qualidade de vida dos doentes de SIDA após o inicio do tratamento ARV. Se sim de que forma? _____

Doentes com tratamento anti-retroviral na cidade da Praia em 2005 .

Fonte: Delegacia de saúde da Praia

Total-----»84

Distribuição por sexo

Feminino	52
Masculino	15
Indeterminado	17

Distribuição por faixa etária:

<15 Anos	1
15-24 Anos	8
25- 50 Anos	59
>50 Anos	14
Indeterminado	2

Estado civil :

Casado	12
União de facto	17
Separado	2
Divorciado	2
Viúvas	7
Solteiro	42
Em branco	2

Situação Profissional.

Empregado	39
Desempregado	6
Estudante	3
Doméstica	31
Indeterminado	5

Tipo de vírus:

VIH I	55
VIH II	26
VIH I e II	3